LES ACTUALITÉS MÉDICALES

LEGUEU

Le Rein mobile

J. B. BAILLIÈRE & FILS

Fa. 2. 59.

LES ACTUALITÉS MÉDICALES

COLLECTION NOUVELLE de volumes in-16, 96 pages, cart., 1 fr. 50

Diagnostic et Maladies de l'Encéphale, par le Dr Grasset. 1 vol... 1 50
Anatomie des Centres nerveux, par le Dr Grasset, 2e *édit.* 1 vol.... 1 50
L'Appendicite, par le Dr Broca, agrégé à la Faculté de Paris. 1 vol.. 1 50
Diagnostic de l'Appendicite, par le Dr Auvray. 1 vol..... 1 50
La Gastrostomie, par Braquehaye, agr. à la Fac. de Bordeaux. 1 v. 1 50
Cancer et Tuberculose, par Claude, méd. des hôp. de Paris. 1 vol. 1 50
La Fatigue oculaire, par le Dr Dor. 1 vol..... 1 50
Les Albuminuries curables, par J. Teissier, prof. à la Fac. de Lyon. 1 v. 1 50
Le Rhumatisme articulaire, par les Drs Triboulet et Coyon. 1 vol.. 1 50
La Pneumocoque, par Adrien Lippmann, interne des hôpitaux. 1 v.. 1 50
La Grippe, par Galliard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol.... 1 50
Les Etats neurasthéniques, par le Dr Gilles de la Tourette, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, 2e *édition.* 1 vol..... 1 50
Les Myélites syphilitiques, par le Dr Gilles de la Tourette. 1 vol. 1 50
Le Traitement de l'Epilepsie, par le Dr Gilles de la Tourette. 1 v. 1 50
La Diphtérie, par Barbier, médecin des hôpitaux, et Ulmann. 1 vol. 1 50
Les Glycosuries non diabétiques, par le Dr Roque. 1 vol..... 1 50
Psychologie du Rêve, par Vaschide et Piéron. 1 vol..... 1 50
La Radiographie et la Radioscopie cliniques, par le Dr Régnier.... 1 50
Les Rayons de Röntgen et le diagnostic de la Tuberculose, par le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol..... 1 50
Les Rayons de Röntgen et le diagnostic des Affections thoraciques non tuberculeuses, par le Dr Béclère. 1 vol..... 1 50
Les Rayons de Röntgen et le diagnostic des Maladies internes, par le Dr Béclère. 1 vol..... 1 50
Radiothérapie et Photothérapie, par le Dr L.-R. Régnier. 1 vol.... 1 50
Le Tétanos, par les Drs J. Courmont et M. Doyon. 1 vol..... 1 50
Les Régénérations d'organes, par le Dr P. Carnot. 1 vol..... 1 50
Thérapeutique oculaire, par le Dr F. Terrien. 1 vol..... 1 50
Les Auto-intoxications de la grossesse, par le Dr Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux de Paris. 1 vol..... 1 50
Le Diabète, par Lépine, professeur à la Fac. de Lyon. 2 vol., chaque. 1 50
Le Rhume des Foins, par le Dr Garel. 1 vol..... 1 50
Chirurgie des Voies biliaires, par le Dr V. Pauchet. 1 vol..... 1 50
Traitement de la Syphilis, par le Dr Emery, 2e *édition.* 1 vol..... 1 50
La Mécanothérapie, par le Dr Régnier. 1 vol..... 1 50
Les Enfants retardataires, par le Dr Apert, méd. des hôpitaux. 1 v. 1 50
La Goutte et son traitement, par le Dr Apert. 1 vol..... 1 50
La Médication surrénale, par Oppenheim et Loeper. 1 vol..... 1 50
Les Médications reconstituantes par H. Labbé. 1 vol..... 1 50
Les Médications préventives, par le Dr Nattan-Larrier. 1 vol..... 1 50
Le Canal vagino-péritonéal, par le Dr Villemin. 1 vol..... 1 50
La Protection de la Santé publique, par le Dr Mosny. 1 vol..... 1 50
Le Traitement des Névralgies et des Névrites, par Plicque. 1 vol.. 1 50
Les Maladies du Cuir chevelu, par le Dr Gastou. 1 vol..... 1 50
Les Oxydations de l'organisme, par Enriquez et Sigard. 1 vol..... 1 50
Les Dilatations de l'Estomac, par le Dr Soupault. 1 vol..... 1 50
La Démence précoce, par les Drs Deny et Roy. 1 vol..... 1 50
Chirurgie intestinale d'urgence, par le Dr Mouchet. 1 vol..... 1 50
Chirurgie nerveuse d'urgence, par le Dr Chipault. 1 vol..... 1 50
Les Accidents du travail, par le Dr Georges Brouardel. 1 vol..... 1 50
Le Cytodiagnostic, par le Dr Marcel Labbé. 1 vol..... 1 50
Le Sang, par le Dr Marcel Labbé. 1 vol..... 1 50
Le Cloisonnement vésical, par le Dr F. Cathelin. 1 vol..... 1 50
Traitement chirurgical des néphrites, par le Dr Pousson. 1 vol... 1 50
L'Odorat et ses Troubles, par le Dr Collet. 1 vol..... 1 50
Les Rayons N et les Rayons N', par le Dr Bordier. 1 vol..... 1 50
Le Traitement de la Surdité, par le Dr Chavanne. 1 vol..... 1 50
Le Traitement de la Constipation, par le Dr Froussard. 1 vol..... 1 50
Trachéobronchoscopie et Œsophagoscopie, par le Dr Guisez. 1 v. 1 50
Moustiques et Fièvre jaune, par le Pr Chantemesse et Dr Borel. 1 v. 1 50
Technique de l'Exploration du Tube digestif, par le Dr R. Gaultier. 1 50
Les Traitements des Entérites, par le Dr Jouaust..... 1 50

R36647

By order of the College, this Book is not to be taken out of the Library (except after 6 P.M. *until* 10 A.M.) *for one month from this date.*

PHYSICIANS' HALL, 19th July 1906

Atlas Manuels de Médecine

Atlas Manuel de Médecine et de Chirurgie des Accidents, par Golubiewski. Edition française par R. [illegible], chirurgien des hôpitaux de Paris. 1902. 1 vol. in-16, 400 pages et pl. col., relié..... 20 fr.

Atlas Manuel de Chirurgie orthopédique, par Luning-Schultheiss. Edit. franç. par Villemin, chirurgien des hôpitaux de Paris, 1902. 1 vol. in-16, 348 pages, avec fig. et 16 pl. col., relié..... 16 fr.

Atlas Manuel des Maladies vénériennes, par Mracek. 2e Edit. française par le Dr Emery. 1 vol. in-16, avec 73 planches coloriées, relié... 20 fr.

Atlas Manuel des Maladies de la Peau, par Mracek. 2e Ed. franç. par le Dr Hudelo, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-16, avec 65 pl. col. rel. 24 fr.

Atlas Manuel des Bandages, par Hoffa. Edition française par P. Hallopeau. 1 vol. in-16 de 200 p. avec 118 pl. en couleurs, relié. 14 fr.

Atlas Manuel de Chirurgie opératoire, par O. Zuckerkandl. 2e Edition franç par A. Mouchet. 1 vol. in-16 de 268 p., avec 24 pl. col., et 271 fig. 16 fr.

Atlas Manuel de Diagnostic clinique, par C. Jakob, 3e édition française par les Drs A. Letienne et Ed. Carr, 1901. 1 vol. in-16 de 356 p., avec 68 planches coloriées et 75 fig., relié..... 15 fr.

Atlas Manuel des Fractures et Luxations, par Helferich. 2e édition française par le Dr P. Delbet. 1 vol. in-16, avec 64 pl. col., relié. 20 fr.

Atlas Manuel des Maladies de l'Oreille, par Bruhl-Politzer. Edition française par le Dr Georges Laurens. 1 vol. in-16 de 300 pages, avec 39 pl. color. et 90 fig., relié..... 18 fr.

Atlas Manuel des Maladies du Larynx, par L. Grunwald. 2e édit. française par le Dr Castex, chargé du cours de laryngologie à la Faculté de Paris et P. Collinet. 1 vol. in-16 de 255 pages, avec 44 pl. col. 14 fr.

Atlas Manuel des Maladies de la Bouche, du Pharynx et des Fosses nasales, par Grunwald. Edition franç., par Laurens. 1 vol. in-16 avec 46 pl. col., relié..... 14 fr.

Atlas Manuel des Maladies externes de l'Œil, par O. Haab. 2e Edition française par A. Terson, 1 vol. in-16, 300 pages, avec 40 pl. col. 16 fr.

Atlas Manuel d'Ophtalmoscopie, par O. Haab. 3e édition française, par A. Terson 1901. 1 vol. in-16 de 270 p., avec 80 planches color... 15 fr.

Atlas Manuel de Chirurgie oculaire, par Haab. Edition française, par le Dr Monthus. 1 vol. in-16, avec planches, relié..... 16 fr

Atlas Manuel de Médecine légale, par Hofmann. 2e édit. franç. par le Dr Vibert. 1 vol. in-16 de 170 p., 56 pl. col. et 193 fig., relié..... 18 fr.

Atlas Manuel du Système nerveux, par C. Jakob. 2e édition française par le Dr Rémond, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse. 1 vol. in-16 de 364 pages, avec 84 pl. col. 20 fr.

Atlas Manuel de Psychiatrie, par le professeur O. Weygandt. Edition française par le Dr S. Roubinovitch, médecin adjoint de la Salpêtrière, 1903. 1 vol. avec 24 pl. col. et 200 figures..... 24 fr.

Atlas Manuel d'Obstétrique, par Schaeffer. Edition française par le Dr Potocki, accoucheur des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Paris. 1 vol. in-16 avec planches coloriées, relié..... 20 fr.

Atlas Manuel de Gynécologie, par Schaeffer. Edit. franç. par Bouglé, chirurgien des hôpitaux, 1902. 1 vol. in 16, avec pl. col., relié... 20 fr.

Atlas Manuel de Technique gynécologique, par Schaeffer. Edition française par les Drs Segond, professeur agrégé à la Faculté de Paris, et Lenoir. 1 vol. in-16, avec planches, relié..... 15 fr.

Atlas Manuel d'Histologie, par Sobotta. Edition française par Milon. 1 vol. in-16 avec 80 pl. col. et 65 fig., relié..... 20 fr.

Atlas Manuel d'Anatomie pathologique, par Bollinger. Edit. franç. par Gouget, agrégé de la Faculté de Paris. 1 vol. in-16, 140 pl., relié 20 fr.

Atlas Manuel d'Histologie pathologique, par Durck. Edit. franç. par Gouget, agrégé à la Faculté de Paris. 1 vol. in 16, avec 120 pl. col., relié. 20 fr.

Atlas Manuel des Maladies des Dents et de la Bouche, par Preiswerck. Edition française par le Dr Chompret, dentiste des hôpitaux de Paris, 1904. 1 vol. in-16, avec planches, relié..... 18 fr.

Atlas Manuel des Maladies nerveuses, par Seiffer. Edit. franç. par le Dr Gasne, médecin des hôpitaux de Paris 1 vol in-16, avec pl., rel. 20 fr.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, RUE HAUTEFEUILLE, A PARIS

Dr P. CAMESCASSE et Dr R. LEHMAN

LA CHIRURGIE

ENSEIGNÉE PAR

LA STÉRÉOSCOPIE

260 stéréoscopies sur verre en boîtes 45 × 107. **Prix**..... **260** fr.

Chacune des dix opérations se vend séparément :

I. Cure radicale de la hernie inguinale, 32 plaques..... 35 fr.
II. Hystérectomie vaginale, 29 plaques..... 32 fr.
III. Laparotomie pour lésion unilatérale, 17 plaques..... 20 fr.
IV. Curetage, 24 planches..... 26 fr.
V. Hystéropexie abdominale (deux procédés), 28 plaques.. 32 fr.
VI. Amputation du sein, 20 plaques..... 22 fr.
VII. Amputation de jambe, 27 plaques..... 30 fr.
VIII. Appendicite, 34 plaques..... 38 fr.
IX. Lipomes (2 opérations), 24 plaques..... 26 fr.
X. Hygroma sous-tricipital, 25 plaques..... 28 fr.

Prix de chaque plaque, séparément..... 1 fr. 25

Envoi d'une plaque spécimen, franco..... 1 fr.

GUIDE DES OPÉRATIONS COURANTES

1 volume *(texte explicatif des opérations)* de 180 pages, avec 40 photogravures..... 10 fr.

Prix de la brochure explicative de chaque opération. 1 vol. in-18, avec figures..... 1 fr. 50

Stéréoscope à bonette fixe..... 4 fr. »

Stéréoscope à court foyer, jumelle à crémaillère et verres achromatiques donnant un fort grossissement.. 18 fr. »

Stéréoscope américain, à plaque tournante, pouvant contenir 50 stéréoscopies..... 65 fr. »

Boîte classeur, à rainures, pouvant contenir les plaques relatives à chaque opération..... 2 fr. 50

LES ACTUALITÉS MÉDICALES

Le Rein mobile

LES ACTUALITÉS MÉDICALES

Collection de volumes in-16, de 96 pages, cartonnés

Chaque volume : 1 fr. 50

La Cure de déchloruration, par P. Widal et Javal.
Mouches et Choléra, par le Pr Chantemesse et le Dr Borel.
Moustiques et Fièvre jaune, par le Pr Chantemesse et le Dr Borel.
Le Diabète, par le Pr Lépine. 2 vol.
Le Cytodiagnostic, par le Dr Marcel Labbé, agrégé à la Faculté de Paris.
Le Sang, par le Dr Marcel Labbé, agrégé à la Faculté de Paris.
L'Appendicite, par le Dr Aug. Broca, agrégé à la Faculté de Paris.
Diagnostic de l'Appendicite, par le Dr Auvray, agrégé à la Fac. de Paris.
Les Rayons de Röntgen et le Diagnostic de la Tuberculose, par le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
Les Rayons de Röntgen et le Diagnostic des Affections thoraciques non tuberculeuses, par le Dr A. Béclère.
Les Rayons de Röntgen et le Diagnostic des Maladies internes, par le Dr A. Béclère.
La Radiographie et la Radioscopie cliniques, par le Dr L.-R. Regnier.
La Mécanothérapie, par le Dr L.-R. Regnier.
Radiothérapie et Photothérapie, par le Dr L.-R. Regnier.
Cancer et Tuberculose, par le Dr Claude, agrégé à la Faculté de Paris.
La Diphtérie, par les Drs H. Barbier, médecin des hôpitaux, et G. Ulmann.
La Grippe, par le Dr L. Galliard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
Le Traitement de la Syphilis, par le Dr Emery, *2e édition*.
Chirurgie des Voies biliaires, par le Dr Pauchet.
Les Myélites syphilitiques, par le Dr Gilles de la Tourette.
Le Traitement de l'Épilepsie, par le Dr Gilles de la Tourette.
Les Etats neurasthéniques, par le Dr Gilles de la Tourette, *2e édition*.
La Psychologie du Rêve, par Vaschide et Piéron.
Les Glycosuries non diabétiques, par le Dr Roque.
Les Régénérations d'organes, par le Dr P. Carnot, agrégé à la Faculté.
Le Tétanos, par les Drs J. Courmont et M. Doyon.
La Gastrostomie, par le Dr Braquehaye, agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Les Albuminuries curables, par le Dr J. Teissier, Pr à la Faculté de Lyon.
Thérapeutique oculaire, par le Dr F. Terrien.
La Fatigue oculaire, par le Dr Dor.
Les Auto-intoxications de la grossesse, par le Dr Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux de Paris.
Le Rhume des Foins, par le Dr Garel, médecin des hôpitaux de Lyon.
Le Rhumatisme articulaire aigu, par les Drs Triboulet et Coyon.
Le Pneumocoque, par Lippmann. Préface de M. Dufloco.
Les Enfants retardataires, par le Dr Apert, médecin des hôpitaux.
La Goutte et son traitement, par le Dr Apert.
Les Oxydations de l'Organisme, par les Drs Enriquez et Sicard.
Les Maladies du Cuir chevelu, par le Dr Gastou.
Les Dilatations de l'Estomac, par le Dr Soupault, médecin des hôpitaux.
La Démence précoce, par les Drs Deny et Roy.
Chirurgie intestinale d'urgence, par le Dr Morchet.
Chirurgie nerveuse d'urgence, par le Dr Chipault.
Les Accidents du Travail, guide du médecin, par le Dr Georges Brouardel.
Le Cloisonnement vésical et la Division des urines, par le Dr Cathelin.
Le Traitement de la Constipation, par le Dr Froussard.
Le Canal vagino-péritonéal, par le Dr P. Villemin, chirurgien des hôpitaux.
La Médication phosphorée, par H. Laré.
La Médication surrénale, par les Drs Oppenheim et Lœper.
Les Médications préventives, par le Dr Nattan-Larrier.
La Protection de la Santé publique, par le Dr Mosny.
L'Odorat et ses Troubles, par le Dr Collet, agrégé à la Faculté de Lyon.
Traitement chirurgical des Néphrites médicales, par le Dr Pousson.
Les Rayons N et les Rayons N_1, par le Dr Bordier.
Trachéobronchoscopie et Œsophagoscopie, par le Dr Guisez.
Le Traitement de la Surdité, par le Dr Chavanne.
Technique de l'Exploration du Tube digestif, par le Dr René Gaultier.
La Technique histo-bactériologique, par le Dr Lefas.

Corbeil. — Imprimerie Éd. Crété

LES ACTUALITÉS MÉDICALES

Le Rein mobile

PAR

Félix LEGUEU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Tenon.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, EDIN.
LIBRARY.

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1906
Tous droits réservés.

LE REIN MOBILE

I. — LE REIN MOBILE.

Les deux reins sont situés au haut de l'abdomen, en cette région lombaire, qui leur appartient presque tout entière, au-dessous du diaphragme à gauche et du foie à droite. Ils sont là comme suspendus en l'air, accrochés au plafond par des moyens de fixité, dont la défaillance permettra la descente et la mobilité de l'organe.

Et, pour comprendre le *rein mobile*, pour saisir sa genèse, il est tout d'abord nécessaire de définir les moyens normaux de fixité du rein.

ÉLÉMENTS DE FIXATION.

Trois éléments ont été indiqués comme susceptibles de concourir à la fixation des reins : les

vaisseaux, le *péritoine* et les *fascia périrénaux*. L'importance relative de ces divers éléments est très inégale.

Vaisseaux. — Les *vaisseaux* ne me paraissent avoir aucun rôle pour la fixation du rein : nés en dedans de la veine cave et de l'aorte, ils se portent en dehors et abordent le rein par sa face interne ou concave. Ils limitent sans doute la progression du rein dans le sens transversal : ils le retiennent peut-être un peu quand il tend à s'abaisser, mais ils ne servent vraiment pas beaucoup à le fixer, et on peut, comme je l'ai fait sur le cadavre, sectionner tous les éléments du pédicule rénal, sans que pour cela les reins soient plus faciles à abaisser ou à mobiliser (1).

Péritoine. — Le *péritoine pariétal* ne me paraît pas beaucoup plus efficace à ce point de vue : jeté en voile à la surface antérieure du rein, il en épouse toutes les saillies, mais ne lui adhère

(1) Legueu, Anatomie pathologique du rein mobile (*Bull. de la Soc. anatomique*, 1895, 70e année, 3e série, t. IX, p. 565).

aucunement ; le rein, quand il se mobilise, se déplace sous le péritoine et non avec lui, et la séreuse ne contribue que pour une faible part à la fixation du rein dans sa loge.

C'est au contraire dans ses connexions avec sa loge et les *fascia* qui l'entourent qu'il faut chercher ses moyens de fixité : et ici quelques notions d'anatomie normale ne seront pas inutiles.

Fascia périrénal. — Un feuillet aponévrotique, fibreux, dit fascia périrénal, aborde le rein par son bord externe, se dédouble en deux lames : l'une passe en avant, l'autre passe en arrière ; en dedans, elles se continuent jusqu'à la ligne médiane le long des vaisseaux, de sorte que, sur une coupe horizontale et transversale, les deux lames figurent une cavité fermée en dehors, ouverte en dedans. C'est dans cette cavité, dite loge rénale, qu'est situé le rein.

Suivons en haut et en bas les deux lames qui forment la loge rénale (fig. 1) ; nous les voyons se réunir en haut, au-dessus du rein et de la capsule

surrénale, et contracter des adhérences avec le diaphragme. En bas, elles restent séparées au contraire, puis s'amincissent et se perdent isolément dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. De telle sorte que la loge rénale est fermée de tous côtés,

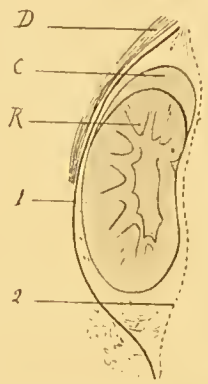

Fig. 1. — Moyens de fixité du rein. Coupe antéro-postérieure (Poirier).

D, diaphragme. — C, capsule surrénale. — R, coupe du rein. — 1, lame rétrorénale. — 2, lame périrénale.

sauf en bas, et c'est par cette ouverture inférieure que le rein pourra s'échapper quand il deviendra mobile.

Telle est la loge rénale, ouverte en bas et en dedans; pour comprendre la fixité du rein, il nous faut maintenant connaître et les attaches de cette

loge au squelette, et les attaches du rein dans cette loge.

La *fixité* de la loge est réalisée par des adhérences celluleuses que contracte l'extrémité supérieure avec le diaphragme, et par des connexions de même nature qui s'effectuent sur toute la face postérieure de la capsule avec la paroi lombaire. Ainsi fixée, la loge est immobile, et jamais elle ne suivra le rein dans son déplacement.

La *fixité du rein* dans sa loge est assurée par des éléments plus fragiles.

Dans la loge, la capsule surrénale prend place, ainsi que le rein ; or il est remarquable de voir qu'au contraire du rein, qui se mobilise souvent, la capsule surrénale reste toujours fixe et ne suit jamais le rein dans son développement. Aussi certains auteurs ont-ils pensé trouver dans la capsule surrénale elle-même un élément de fixité pour le rein. La capsule surrénale en effet est solidement fixée au foie, à la rate, à la veine cave inférieure, au pancréas, à l'aorte, par les *fascia* pré et rétrorénaux qui passent au-dessus d'elle. Et chez l'enfant, du moins, la capsule surrénale

adhère si fortement au rein que Gerota a eu peine à détacher les deux organes en séparant le rein de toutes ses autres connexions et en attachant à son pôle inférieur des poids de plus en plus lourds; il n'obtient la mobilisation du rein qu'avec des poids de 700 à 1000 grammes.

Mais il n'en est ainsi que chez l'enfant. Et, chez l'adulte, on voit se former entre le rein et la capsule surrénale, au lieu et place des tractus conjonctifs qui réunissaient les deux organes, une lame conjonctive qui les sépare et les isole l'un de l'autre et permet au chirurgien, au cours d'une néphrectomie, de contourner le pôle supérieur du rein sans pénétrer dans la loge surrénale.

Il se peut que les quelques adhérences persistantes entre le rein et ce ligament interrénal contribuent pour quelque peu, comme le veut Glénard (1), à la fixation du rein, même chez l'adulte. Mais ce n'est là qu'un moyen bien fragile de contention du rein à cet âge, et on peut bien conclure que la capsule surrénale ne

(1) Glénard, Les ptoses viscérales. Diagnostic et nosographie, Paris, Alcan, 1899, p. 347.

constitue pour le rein qu'un moyen bien précaire de fixité.

Autour du rein, dans sa loge, il y a partout de la graisse : elle comble les espaces vides, enveloppe le rein de toutes parts. Elle est surtout abondante en arrière et aux deux extrémités, en haut et en bas. Mais cette graisse n'est qu'un tissu de remplissage et non de fixité, au sens propre du mot. Elle a bien son rôle dans la genèse de la mobilité, car il suffit qu'elle fonde rapidement pour que le rein, trop à l'aise en cette loge trop vaste, ne jouisse tout de suite de toute la mobilité que lui donne le vide réalisé. Mais, même avec la graisse, le rein serait toujours mobile s'il n'y avait au travers de cette graisse toute une série de petits filaments celluleux, qui vont de la face interne de la capsule (partie fixe) vers la surface du rein (partie mobile à retenir et à fixer). Il serait mobile encore s'il n'y avait, surtout en bas, du côté du pôle inférieur du rein, un renforcement de ces petits tractus qui forment souvent un coussin et sur lequel l'extrémité inférieure du rein vient se loger, se reposer, se fixer, comme à un point terminus, et qu'on ne peut dépasser.

Telle est dans sa loge la fixité du rein, fixité toute relative d'ailleurs, précaire si je puis dire. Car, même à l'état normal, le rein jouit dans sa loge d'une certaine mobilité : on ne fait aucune opération sur un rein sans constater que la respiration lui imprime des mouvements limités de haut en bas. Ce qu'on appelle donc fixité du rein, c'est une *mobilité contenue*, c'est une mobilité qui se tient en deçà des limites appréciables à nos moyens d'exploration habituels.

Et la maladie dite « rein mobile », au contraire, n'est que l'exagération de l'état normal. Le rein dépasse les limites habituelles et permises de ses mouvements : il descend au-dessous des fausses côtes, son extrémité inférieure devient perceptible, c'est l'*abaissement*; ou bien toute sa hauteur se dégage, c'est le *rein franchement mobile*; ou bien enfin il se dégage un peu dans tous les sens, descend à la fosse iliaque, se place dans la région ombilicale, c'est le *rein flottant*.

C'est en bas et en dedans, là où la loge périrénale est ouverte, que descend le rein, dans la mesure et l'étendue que lui permettent ses vaisseaux. Grâce à ce pédicule vasculaire, le rein se

ment en arc de cercle autour du point d'attache de ses vaisseaux à l'aorte et à la veine cave.

En même temps qu'il se déplace dans son ensemble, le rein présente parfois des déplacements suivant ses principaux axes.

Il subit quelquefois, par exemple, un mouvement de rotation autour de son axe *vertical* : son bord externe se place sur un plan plus antérieur que le bord interne. Lorsque le malade est dans le décubitus latéral du côté opposé, ce mouvement se constate assez souvent au cours de l'opération.

Plus important, mais aussi plus rare, est le mouvement de rotation suivant l'axe *transversal*. Dans ce mouvement, l'extrémité supérieure s'incline en avant, l'extrémité inférieure restant postérieure et fixée. Ce déplacement, observé par Potain, constaté d'autres fois par Walther, par Albarran, serait, d'après Wuhrmann (1), très habituel. Pour ma part, je ne l'ai jamais observé que dans les cas où l'extrémité inférieure du rein est fixée ou retenue par une cause quelconque, comme par exemple à la suite des néphrorraphies

(1) F. Wurhmann, Die bewegliche Niere und ihre Anteversion (*Gynækologia Helvetica*, 1903, p. 79).

mal faites, alors que seule l'extrémité inférieure du rein avait été fixée.

Et, dans les conditions les plus habituelles, le rein descend tout entier; il glisse sur le plan pariétal postérieur déclive, et ses deux extrémités s'abaissent d'une même étendue relative.

II. — LES LÉSIONS.

Les vaisseaux sont toujours allongés : l'artère et la veine ont une longueur de 10, de 12 centimètres. L'allongement est d'ailleurs en raison directe de la mobilité. Dans toutes les autopsies où l'on a pu étudier sur place ce point particulier, dans celles de Legueu, de Glantenay et Gosset, de Pasteau, il en fut toujours ainsi, et l'on ne comprendrait pas d'ailleurs qu'il en fût autrement.

Le rein, quand il veut descendre, tire un peu sur ses vaisseaux ; les vaisseaux résistent d'abord, mais ils cèdent enfin, et cèdent en s'allongeant.

L'allongement est donc un allongement secondaire et non préexistant. La preuve en est que la veine cave est parfois elle-même attirée du côté droit mobile par la veine rénale ;

la veine cave décrit, comme dans l'observation de Gosset et de Glantenay, une courbe à convexité droite. Et l'aorte elle-même peut être déviée et décrit une forte convexité dont le sommet correspond à l'origine de l'artère rénale, comme dans le fait de Pasteau. Il n'en serait pas ainsi si l'allongement était primitif : et de ces faits nous pouvons donc conclure que l'allongement est secondaire au rein mobile. Ce n'est pas une lésion initiale et causale, c'est une lésion consécutive.

Péritoine. — Le *péritoine* n'est pas modifié . on a cru longtemps, on a dit quelquefois que le péritoine pouvait envelopper complètement le rein mobile, lui constituer une enveloppe totale, comme le péricarde pour le cœur, avec juste le passage des vaisseaux. Mais jamais, au cours de mes opérations, je n'ai vu une pareille disposition. Le péritoine se soulève, laisse le rein glisser sous lui ; il n'est pas modifié par la mobilité.

Graisse périrénale. — La *graisse périré-*

nale est-elle supprimée ? Non : quelquefois on l'a vue raréfiée (Legueu, Glantenay et Gosset). Habituellement, on la trouve très abondante, et on n'y voit nulle trace de cette inflammation sous-séreuse que Potain avait un peu théoriquement supposée et dont il pensait trouver la raison dans une lésion du gros intestin.

Où est donc alors la lésion capitale, essentielle, d'où résulte la mobilité ?

Elle réside exclusivement ou à peu près dans la disparition ou l'allongement des fins tractus qui fixent le rein dans sa loge et à sa loge. Elle réside dans la disparition de ce fin coussinet qui, fermant en bas la loge, reçoit et limite le pôle inférieur du rein. Quand ces tractus sont disparus, quand le coussinet est étiré, la loge est ouverte, le rein est suspendu dans le vide ; il descend d'abord un peu ; mais le plan est glissant, il descend davantage, et ainsi se fait peu à peu et par degré la mobilité pathologique.

De cette mobilité résultent des *lésions secondaires*.

Telle est par exemple cette attitude vicieuse imposée au cæcum et dont Alglave (1) a montré la réalité et l'importance. A l'état normal, le cæcum est relié par quelques adhérences filamenteuses avec l'extrémité inférieure du rein. Quand le rein s'abaisse, il entraîne le cæcum par l'intermédiaire de cette adhérence ; un coude se fait à ce niveau, au niveau de la terminaison du cæcum, et la circulation des matières est troublée (fig. 2). Et c'est dans cette obstruction partielle par coudure que l'on doit sans doute chercher l'interprétation de ces troubles intestinaux dont la pathogénie était jusqu'alors restée discutable et discutée.

Les plus importantes modifications sont celles qui se passent du *côté de l'uretère.*

Lorsque le rein se mobilise, en effet, il entraîne avec lui la partie supérieure de l'uretère dans une certaine étendue, et l'on ne comprendrait pas, en effet, la mobilisation du rein si l'uretère ne se mouvait avec lui. L'uretère, en se mobilisant, se

(1) Alglave, Dispositions vicieuses du côlon ascendant provoquées par l'abaissement du rein droit (*Rev. de chir.*, 1904, t. XXX, p. 730).

plisse, se courbe, et sur son trajet se forme, dans la partie mobilisée, des inflexions, des coudures.

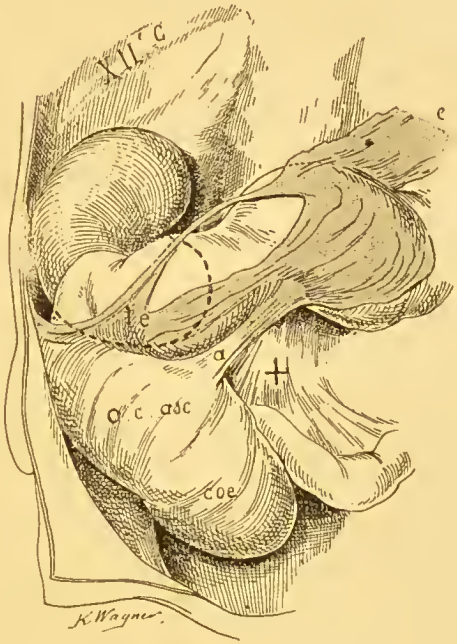

Fig. 2. — Coudure cæco-colique provoquée par la néphroptose (schématique) (Alglave).

La croix marque le promontoire : *cæ*, cæcum volumineux et tombant dans la cavité pelvienne ; *o. c. asc.*, origine du côlon ascendant ; *aa*, adhérences au niveau du point coudé et du pôle inférieur du rein abaissé ; *te*, tractus épiploïques ; *e*, épiploons.

Mais ces coudures sont mobiles, variables, intermittentes : elles se produisent et se constituent quand le rein se déplace ; elles s'effacent

quand il reprend sa place ; on les verra réapparaître lorsque le rein descendra à nouveau. Mais elles ne se produisent pas successivement au même point.

Ces coudures ne sont pas oblitérantes ; elles n'entravent pas la circulation uretérale, qui continue à se faire librement. J'ai pu m'en assurer en injectant de bas en haut, ou de haut en bas, à travers le rein, de l'eau dans l'uretère : le courant d'eau déplace la coudure, redresse la valvule que celle-ci ne manque pas de produire, et on voit l'uretère se dérouler comme un tube de caoutchouc infléchi et mobile et dans lequel on ferait passer un courant liquide.

Pour que ces coudures soient oblitérantes, il faut qu'elles cessent d'être mobiles et qu'elles soient fixes ; lorsque la coudure est ainsi fixée, ce jour-là un obstacle est réellement constitué, et la circulation uretérale ne se fera pas sans rencontrer un certain degré de résistance, d'où excès de tension, puis dilatation, puis tension à nouveau, etc. Sur le cadavre, il suffit de fixer la coudure avec une épingle

pour voir que le courant urétéral est de suite entravé. Sur le vivant, des causes diverses produisent la fixité de la coudure et déterminent ainsi l'hydronéphrose intermittente (Voy. *Complications*, page 50).

III. — LES CAUSES.

Le rein mobile est une affection très commune : on le voit à tout âge, mais avec une inégale fréquence.

Chez l'enfant, il est une exception. Guinon, Comby ne l'ont vu que quelquefois (1).

Chez l'homme, il est rare également (2 p. 100, Glénard); il siège alors à gauche ou prédomine de ce côté.

C'est chez la femme qu'on le voit avec une étonnante prédilection : rare encore chez la jeune fille, il se montre surtout chez la femme de vingt à quarante-ans. Les femmes qui on eu un ou plusieurs enfants y sont beaucoup plus prédisposées, et c'est à cet âge et dans ces conditions que le rein mobile est presque une condition du sexe féminin. La

(1) Dupoux, Du rein mobile chez l'enfant (*Thèse de Paris*, 1902).

proportion des femmes atteintes de rein mobile est de 22 p. 100 pour Glénard, de 28 p. 100 pour Mathieu, de 46 p. 100 pour Verhoogen.

Enfin le rein mobile est beaucoup plus fréquent à droite, dans la proportion de 90 p. 100 au moins ; chez l'homme, au contraire, la mobilité est plus fréquente à gauche.

Causes du rein mobile, raisons de sa prédilection dans le sexe féminin, causes de sa localisation à droite, voilà autant de points qui ont suscité et et suscitent encore des discussions, des théories et des hypothèses à l'infini.

1. — CAUSES DU REIN MOBILE.

De toutes les influences invoquées, j'en retiens seulement quelques-unes.

Grossesse. — D'abord la *grossesse* a une influence certaine sur la production du rein mobile ; la grossesse et l'accouchement agissent par les modifications que l'une apporte à la statique pelvienne, par les changements que l'autre apporte à la pression abdominale et par les efforts qu'il occasionne. Le rein mobile est infiniment

plus fréquent chez la femme qui a eu des enfants (60 p. 100, d'après Glénard), bien qu'on ne puisse cependant accuser la grossesse à elle seule de créer la mobilité rénale, puisqu'on observe assez souvent le rein mobile en dehors d'elle, et que le déplacement du rein ne s'accroît pas non plus avec le nombre des grossesses (Godard-Danhieux).

Affaiblissement de la musculature de l'abdomen. — Ensuite l'*affaiblissement de la musculature de l'abdomen* a aussi son importance : les expériences de Volkoff et Delitzine l'ont bien montré. Ils remplissent d'abord la cavité abdominale de liquide, et, en l'évacuant ensuite brusquement, ils provoquent ainsi par dépression subite la mobilisation des reins. L'affaiblissement de la musculature pariétale n'agit pas autrement : il se réalise dans une foule de circonstances, pendant ou après la grossesse d'abord. On le voit encore lors de la suppression d'une grosse tumeur, lors d'un amaigrissement rapide. Ce serait enfin la lésion initiale de l'entéroptose, et tout le système que Glénard a imaginé et développé avec

tant d'insistance est basé sur cette défectuosité initiale, qui entraîne la ptose des intestins d'abord et celle du rein ensuite. La néphroptose devient ainsi un des éléments de l'entéroptose. Malgré une grande part de vérité, ce n'est pas tout à fait exact. Godard-Danhieux trouve sur 603 malades 212 néphroptoses, dont 131 sans entéroptose, et 78 entéroptoses dont 97 sans néphroptose : les deux affections sont donc très séparées de la néphroptose et indépendantes de la tension intra-abdominale.

Corset. — Enfin voici le *corset*, tant incriminé et souvent avec raison. Et cependant on ne peut accuser le corset seul de faire le rein mobile : les femmes arabes n'ont pas de corset, il en est tout de même parmi elles qui ont un rein mobile. Sur 100 femmes qui ne portent ni corset, ni ceinture, il y en a 43 (d'après Trekaki) qui ont cependant un rein mobile.

Hérédité. — A défaut d'autre causes, on a cherché dans l'*hérédité* et dans une *disposition congénitale* la raison du rein mobile (Guterbock,

Ewald). Albarran tient compte des malformations souvent constatées (anomalies vasculaires, stigmates de dégénérescence) et fait du rein mobile une maladie congénitale, une sorte d'anomalie héréditaire, ce qui expliquerait qu'on l'observe de temps en temps chez l'enfant.

Le rein mobile *n'est pas une maladie locale*; sa cause est plus haute, plus lointaine, plus indirecte. Le rein mobile n'est que la manifestation locale d'une maladie générale, qui consiste dans un trouble de nutrition des systèmes fibreux, musculaire et nerveux, et dont les manifestations se répandent, se dispersent de divers côtés dans l'organisme. Le rein en est comme le réactif, le critérium : il est le premier atteint et reste souvent la seule manifestation.

Cette maladie est congénitale ou acquise : congénitale, elle l'est quelquefois au sens propre du mot, en ce sens que les enfants arrivent avec les lésions nécessaires.

D'autres fois la maladie est acquise, se développe tôt ou tard, plus souvent tard que tôt, et elle s'accroît avec l'âge, et les diverses manifestations

de cette maladie s'ajoutent les unes aux autres. Les hernies, les varices, les éventrations, l'entéroptose sont les diverses manifestations successives ou combinées de cette maladie. A cette déchéance préparent toutes les tares abdominales, la dyspepsie, l'entérite, etc.

Le rein mobile, chez ces malades, apparaît quelquefois brusquement, après une secousse violente, une alerte quelconque, un effort d'accouchement ; et on parle de *rein mobile traumatique*. Je ne trouve pas cette expression juste, il n'y a pas de rein mobile par effort. L'effort ne fait que rendre apparente une mobilité qui restait jusqu'alors latente : et quand bien même — ce qui est très vraisemblable — l'effort augmenterait, achèverait de rendre mobile un rein qui ne l'était pas encore au même degré, je ne crois pas qu'on pourrait invoquer ici la causalité de l'effort, car la mobilité était depuis longtemps préparée par les lésions profondes, internes, cachées, qui préexistent à son apparition.

Le rein mobile est toujours spontané, même quand il paraît être traumatique.

2. — CAUSES DE LA PRÉDILECTION CHEZ LA FEMME.

La prédilection chez la femme a sa raison d'être (1) : la grossesse d'abord et surtout les grossesses multiples l'expliquent en partie par le relâchement qu'elles imposent à la paroi abdominale; puis il faut compter aussi avec la menstruation, qui provoque chaque mois une hyperémie du rein, alourdit un peu l'organe et le provoque à la descente (Becquet); et il est constant de voir, pendant les règles, le rein devenir à la fois plus sensible et plus gros.

Enfin, d'après Volkoff et Delitzine, la différence anatomique des loges paravertébrales chez l'homme et chez la femme expliquerait ces différences.

Chez l'homme, elles sont largement ouvertes en haut et étroites en bas. Chez la femme, elles sont au contraire moins larges à leur partie supérieure, mais plus ouvertes en bas.

On a insisté encore sur la relation chez la femme entre les affections génitales et le rein

(1) Lindner, Wanderniere der Frauen, Berlin. 1887.

mobile. Siredey (1), par exemple, sur 85 malades atteintes de rein mobile, en trouve 26 qui sont atteintes de plusieurs affections génitales, et 56 qui sont atteintes d'une seule lésion utérine ou péri-utérine. Thiriar avait déjà beaucoup insisté sur ce point (2). Je pense, pour ma part, qu'il n'y a là qu'une coïncidence.

3. — RAISONS DE LOCALISATION A DROITE.

A ce point de vue, je pense que le *foie* explique tout seul cette mobilité plus commune et plus accentuée du rein droit, le foie qui pèse si lourdement sur le rein chez l'enfant comme chez l'adulte, le foie qui est d'ailleurs lui-même si souvent mobile en même temps que le rein.

La coexistence du rein mobile et de la lithiase vésiculaire a suscité quelques hypothèses sur cette relation : pour Potain, la lithiase vésiculaire provoquerait le déplacement du rein : pour Roux (de Lausanne), au contraire, le déplacement du rein

(1) Soroker (Mlle), La fréquence du rein mobile chez les femmes atteintes de maladies génitales (*Thèse de Paris*, 1900).

(2) Thiriar, Troubles de l'appareil génital de la femme consécutifs au rein mobile (*Mercredi médical*, 12 octobre 1892).

est primitif : mais le rein mobile exercerait des tractions sur le canal cystique par l'intermédiaire du bord droit du ligament hépato-duodénal; il gênerait le cours de la bile et favoriserait la formation de calculs.

Je pense, pour ma part, qu'il n'y a autre chose encore, dans cette relation, qu'une simple coïncidence.

IV. — CLINIQUE.

Le rein mobile ne se traduit parfois par aucune manifestation : il est *latent*; on le trouve par hasard en examinant une malade, alors que rien n'avait jusqu'alors attiré l'attention dans la région lombaire.

D'ordinaire cependant, le rein mobile s'accompagne de quelques symptômes ; ceux-ci sont en général au nombre de trois associés : les *douleurs*, les *troubles digestifs*, la *neurasthénie*.

1° **Douleurs.** — Il est des malades qui présentent de temps à autre des crises très nettes de douleur : dans l'intervalle, la douleur cesse et reste bien supportable. Ces crises, quelquefois violentes, sont dues à l'hydronéphrose intermittente, qui complique le rein mobile : j'en parlerai plus loin (Voy. *Complications*, page 50).

La *douleur* du rein mobile est moins vive, moins bruyante, mais aussi plus continuelle; elle est due sans doute au tiraillement des plexus nerveux du rein; elle se reproduit presque toujours égale dans la même attitude.

Elle siège dans la région lombo-iliaque et s'irradie vers l'aine, vers le membre inférieur droit, dont, à certains jours, les mouvements deviennent douloureux, vers l'uretère et la vessie.

Elle est sourde, continue, fatigante; elle cesse dans le décubitus dorsal, se reproduit quand la malade se couche du côté opposé, ce qu'elle ne peut pas toujours faire; se montre au maximum dans la position debout, surtout lorsque cette position se prolonge. Quand la malade se lève, elle sent elle-même « quelque chose qui se décroche » en même temps que commence sa douleur. Les mouvements violents, soutenus, augmentent cette douleur, et l'effort devient à peu près impossible.

A la pression, la douleur correspond aussi au rein lui-même : l'organe est douloureux au palper; la pression pour le réduire provoque toujours une sensation pénible au malade.

Cette douleur peut ainsi persister des années avec ses caractères : elle augmente peu ; mais, chez les personnes astreintes à la fatigue, elle a plutôt tendance à s'accroître; elle finit par rendre le travail impossible.

On la voit quelquefois débuter brusquement, et, lorsque cette apparition brusque coïncide avec une sensation de « décrochement », on a parlé pour ces cas de rein mobile traumatique ; cette conclusion ne me paraît pas légitime : on ne peut se baser sur la brusquerie de la douleur pour conclure à une néphroptose par effort. A part quelques cas très exceptionnels de luxation traumatique, la mobilité rénale est toujours préparée de longue date, comme la hernie, comme les prolapsus, par des défectuosités des moyens de fixité; et il n'y a pas de néphroptoses de force, il n'y a que des *néphroptoses de faiblesse.*

Et d'ordinaire la douleur apparaît peu à peu, se confirme progressivement; le rein mobile est d'abord latent ; puis les nerfs réagissent et la douleur paraît, croît et devient de plus en plus gênante, jusqu'à créer une espèce d'impo-

tence qui force les malades à rester tranquilles, fréquemment étendus sur le lit ou la chaise longue.

2° **Troubles digestifs.** — La plupart des malades atteints de rein mobile présentent des troubles digestifs plus ou moins accentués. Ces troubles sont quelconques, polymorphes, variables : c'est tantôt la dyspepsie avec atonie et constipation ; c'est tantôt la gastralgie avec les crises hyperchlorhydriques. En général, l'atonie l'emporte bientôt ; il y a de la flatulence, du tympanisme ; l'estomac est dilaté. Des crises comme celles du tabès se produisent au cours desquelles des vomissements muqueux, puis biliaires, se répètent pendant des jours ou des semaines. La constipation est opiniâtre ; le gros intestin est atteint de colite muco-membraneuse, et l'appendicite trouve ici un terrain tout préparé.

La constipation s'accentue parfois jusqu'à faire craindre l'occlusion intestinale, et les modifications qui se passent au niveau du rein du côté du gros intestin expliquent sans doute ces crises de pseudo-occlusion ou d'occlusion vraie (Voy. p. 19).

La pathogénie de ces divers troubles est loin d'être élucidée; il est possible, probable que la compression joue dans leur production un rôle important. On a vu en effet quelquefois le rein mobile comprimer le duodénum ou le pylore, et parfois aussi le canal cholédoque. Bartels, Landau, Debove, Warneck, Picqué rapportent des faits de ce genre.

Quoi qu'il en soit, dans certains cas, avec ou sans douleurs, ces troubles prennent une intensité particulière : les malades maigrissent, se cachectisent, sans que l'examen révèle une autre influence que le rein mobile pour expliquer les accidents. Et ce qui prouve d'ailleurs que le rein mobile est vraiment l'origine et la seule cause de tous ces troubles, c'est que la néphroptose est seule capable de donner à ces malades la guérison qui ne viendrait pas sans elle (1).

3° **Troubles neurasthéniques.** — Enfin voici le complément de la triade symptomatique : c'est la *neurasthénie*.

(1) Bazy, Des formes graves du rein mobile. De la cachexie néphroptosique (*Rev. de gynéc. et de chir. abd.*, 1899, p. 222).

Les malades atteints de rein mobile sont irritables, tristes, agacés, nerveux : un rien les tourmente, ils s'irritent aisément, ils pleurent pour peu de chose. Ils ont d'ailleurs tous les stigmates de l'hystérie ou de la neurasthénie : céphalée, rétrécissement du champ visuel, etc.

Et pourquoi cette neurasthénie est-elle ainsi associée au rein mobile ? Est-ce le rein qui est la cause de toutes ces misères ? La neurasthénie est-elle *consécutive*, ou bien la neurasthénie et le rein mobile ne sont-ils que concomitants ?

Question délicate et différemment tranchée (1). Pour moi, la neurasthénie est contemporaine du rein mobile, et le plus souvent elle dépend de la maladie principale, qui elle-même a causé le rein mobile. Cependant le rein mobile par lui-même joue un rôle pour augmenter, aggraver la neurasthénie : il agit comme une épine irritative, comme un traumatisme interne, peut-être par ses sécrétions internes, comme le pense Ruggi sans le démon-

(1) Suckling, On movable Kidney with special reference to it influence on the nervous system (*Edimb. Med. Journ.*, sept. 1898, p. 228).

trer (1), et on voit quelquefois — nous y reviendrons à propos du traitemement — la neurasthénie disparaître, s'amoindrir au moins sous l'influence de la fixation chirurgicale du rein.

(1) J. Ruggi (de Bologne), Pathogénie et traitement de la neurasthénie en cas de néphroptose (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1904, p. 855).

V. — DIAGNOSTIC.

Trois problèmes se posent chez un malade qui a un rein mobile : il faut : 1° reconnaître que le rein est mobile ; 2° établir la relation qui existe entre la mobilité du rein et les douleurs ou autres symptômes présentés par le malade; 3° préciser les altérations du rein.

1. — CONSTATATION DE LA MOBILITÉ DU REIN.

C'est le palper bimanuel seul qui nous fournit cette notion; plusieurs manières de le pratiquer ont été proposées et sont communément utilisées. Elles diffèrent par la situation du malade et la position des mains.

1° **Ballottement rénal de Guyon.** — Il se recherche dans la situation horizontale ; la malade est couchée sur le dos ; le chirurgien se place à sa droite

quand on veut examiner le rein droit. La main gauche est placée en arrière, sous le flanc, de telle manière que l'extrémité des doigts vienne se placer dans l'angle costovertébral (fig. 3). La main est là bien à plat, la face palmaire entrant en contact

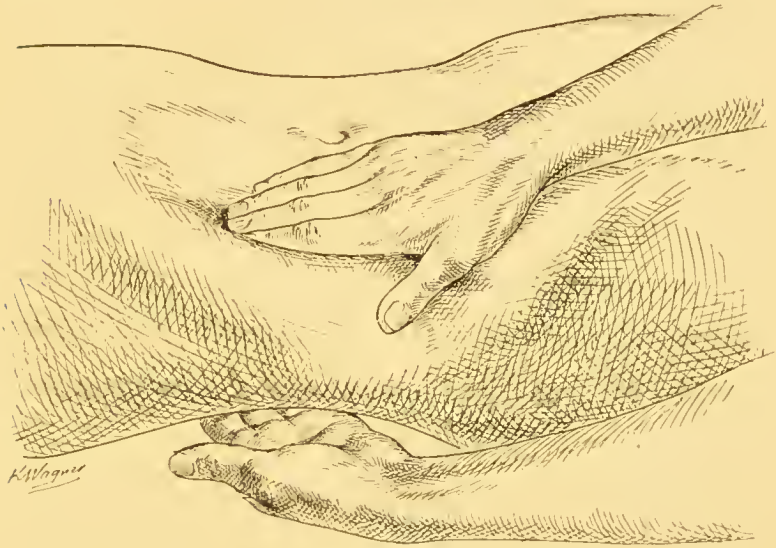

Fig. 3. — Palper bimanuel du rein (procédé de Guyon).

avec la peau de la région lombaire. La main droite est au contraire placée sur la paroi abdominale, verticalement, l'axe du médius sur le bord extérieur du muscle droit. Cette main déprime légèrement et doucement la paroi abdominale antérieure et profitera surtout des mouvements respiratoires et de l'expiration. En même temps, la

main postérieure se fléchit par à-coups très légers, de manière à soulever un peu la région lombaire, à la reporter au contact de la main antérieure avec tout ce qu'elle contient, c'est-à-dire avec tout ce qui se trouve entre la paroi postérieure lombaire et la paroi antérieure abdominale.

Quand le rein est mobile, il s'abaisse sous l'influence de la respiration, et la main antérieure perçoit son pôle inférieur, puis sa face antérieure, d'autant plus nettement que la main postérieure, répétant ses mouvements de flexion, multiplie les contacts, les interrompt et les reproduit, donnant ainsi aux sensations un élément de comparaison qui en assure la perfection.

Plus le rein descend, et plus est sensible sa surface ; au degré le plus extrême, les doigts antérieurs et postérieurs se rejoignent au-dessus du pôle supérieur du rein abaissé, et rien n'est simple alors comme de presser ensuite le rein de bas en haut pour le faire rentrer dans sa loge comme un noyau de cerise qui s'énuclée des doigts qui l'écrasent.

Tel est ce ballottement de mon maître Guyon, qui ne se produit que quand le rein montre son

extrémité inférieure sous les fausses côtes, c'est-à-dire quand il est ou augmenté de volume ou mobile.

A proprement parler, ce n'est pas un ballottement : ce n'est pas le rein qui, projeté en avant par la main postérieure, vient choquer la paroi antérieure. Non, ce sont deux mains qui vont à la rencontre l'une de l'autre et apprécient dans ce mouvement la forme, l'extension, l'importance d'*une interposition organique*. C'est ce même palper bimanuel combiné qui permet de sentir les connexions d'une tumeur péri-utérine avec l'utérus, qui permet d'apprécier la plénitude de la vessie en rétention.

C'est une des formes les plus heureuses, les plus utiles du palper, appliquée au rein mobile.

2° **Palper néphroleptique de Glénard.** — Il est un peu différent (fig. 4); c'est un palper bidigital fait avec une seule main : *c'est le procédé du pouce.*

Le malade est également placé dans la situation horizontale, sur le dos : le chirurgien se place à sa droite. De sa main gauche, il empaume le flanc droit du malade, de telle sorte que le

pouce soit en avant, sur la paroi antérieure, et que les quatre autres doigts soient en arrière, sous le flanc.

La respiration se fait libre, sans efforts, et le pouce perçoit, quand le rein est mobile, l'extrémité

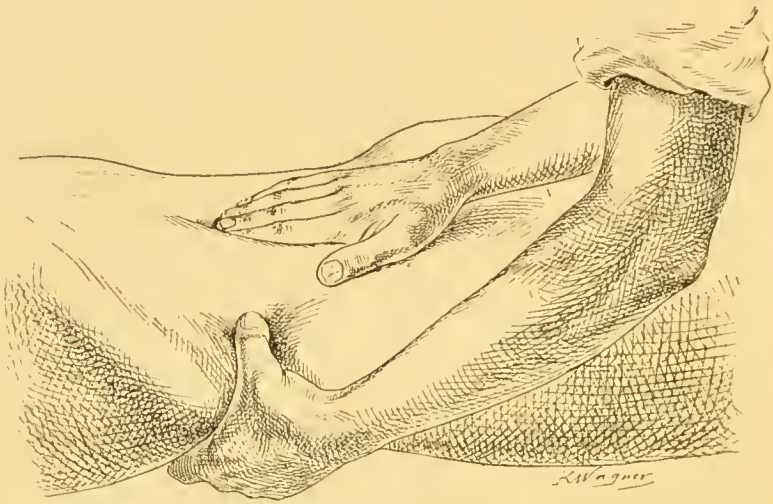

Fig. 4. — Procédé de Glénard, dit « du pouce », pour la recherche de la mobilité rénale.

inférieure de ce dernier qui descend des hauteurs de la région lombaire. Un contact doux, fuyant, arrondi, l'indique à chaque inspiration ; on le perd à chaque expiration. Mais quand, par hasard, le rein est très mobile, il s'abaisse tout d'un coup au premier mouvement inspiratoire violent et profond. Le pouce le sent descendre ; il glisse sur la

face antérieure du rein, et, si le pouce et les doigts se resserrent sur le pôle supérieur du rein, celui-ci est comme repoussé, énucléé, vers la fosse iliaque par la pression du pouce et des doigts.

On peut donc ainsi constater la mobilité du rein et apprécier son degré.

3° **Palper d'Israël.** — Israël place le malade dans le décubitus latéral gauche ; les jambes sont fléchies de manière à ce que la paroi abdominale, les muscles droits soient parfaitement relâchés. Le chirurgien se place à droite du malade, c'est-à-dire du côté de son dos : sa main gauche va se placer à plat sur la région lombaire, le médius correspondant à l'angle costovertébral ; la main droite, au contraire, va se placer sur la paroi abdominale, sur le bord externe du muscle droit, et là recevoir les sensations profondes que va lui procurer le rein en descendant, le rein porté en avant par la main postérieure.

Comme dans le procédé de Guyon, c'est un palper bimanuel, mais qui a un double avantage : par la position du malade, il facilite la ptose du rein ; par le relâchement des muscles

abdominaux, il donne plus de liberté à la main qui explore pour scruter la profondeur.

Ces diverses formes de la palpation révèlent toutes les interpositions qui se font dans la région lombaire ; elles permettent de sentir les augmentations de volume du cæcum et du côlon, et surtout les augmentations de volume du foie et de la vésicule biliaire.

La *tuméfaction du foie* donne un ballottement évident ; mais, avec un peu d'habitude, il est bien simple de reconnaître, même avec une seule main palpant la face antérieure de l'abdomen, un bord tranchant, lisse, régulier et oblique, que seul le foie peut donner : ce bord tranchant, il faut le chercher même chez ceux qui ont un rein mobile, car le foie est souvent mobile avec le rein, et au-devant du rein descend une lame de tissu hépatique qui donnerait l'impression d'une grosse augmentation de volume du rein, si on ne reconnaissait sa véritable origine. C'est là une erreur d'appréciation souvent commise.

La *vésicule biliaire distendue* peut encore être aisément confondue avec le rein mobile : elle jouit en effet d'une certaine mobilité sous l'in-

fluence de la respiration ; elle offre à la palpation une extrémité arrondie. Mais, à part ces quelques analogies, les différences sont toujours assez sensibles et permettent de différencier assez aisément une vésicule d'un rein. La mobilité d'une vésicule est toujours relative, restreinte : elle ne s'abaisse jamais jusqu'au point de laisser palper et dépasser son extrémité supérieure. Et sa mobilité n'est jamais qu'en battant de cloche; elle tient, elle continue à tenir au niveau du pédicule hépatique, et cette attache fixe est assez spéciale pour que j'aie pu, dans quelques cas, me baser presque uniquement sur elle pour reconnaître une vésicule distendue. En outre, la vésicule ne se réduit jamais complètement.

Le rein se reconnaît à sa forme en haricot, à son bord externe lisse, à sa face antérieure régulière : on atteint ou on dépasse son extrémité supérieure, il est alors tout entier au-dessous de la main qui l'explore. Mais il remonte facilement à sa place; il y revient aisément et sous la plus légère impulsion, et il disparaît alors à nouveau dans la région lombaire, d'où il ne descendra que par un nouvel effort.

Cette *réductibilité complète* dans la région lombaire est le propre du rein mobile : aucun autre organe ne la présente au même degré, et, lorsque je ne l'ai pas constatée nettement, j'ai toujours hésité à conclure à un rein. Dernièrement, chez une malade qui m'était envoyée avec le diagnostic de rein mobile gauche, je n'ai jamais pu constater la réductibilité de la tumeur dans la région lombaire : la malade souffrait même lorsqu'on cherchait à effectuer cette réduction, et j'ai conclu sur cette seule indication que ce n'était pas une hydronéphrose, mais un kyste de l'ovaire, et l'opération a confirmé mon diagnostic.

La mobilité du rein est plus ou moins accentuée : il y a plusieurs degrés, c'est au palper qu'il appartient de les définir :

Le rein est mobile au premier degré lorsqu'on perçoit seulement son extrémité inférieure ;

Il est mobile au second degré si l'on peut atteindre ou dépasser son pôle supérieur :

Il est enfin mobile au troisième degré lorsque, flottant, il se déplace très bas, va très loin de la fosse lombaire.

2. — ÉTABLIR LA RELATION ENTRE LA DOULEUR ET LA MOBILITÉ RÉNALE.

Constater que le rein est mobile, c'est déjà quelque chose : mais il y a plus à faire, et surtout il y a quelque chose de plus difficile à obtenir. Il s'agit de savoir quelle est la relation entre la mobilité rénale et les phénomènes douloureux observés.

Des causes multiples sont susceptibles de produire la douleur dans le côté droit, et, parmi celles-ci, la plus fréquente est l'*appendicite*.

Le diagnostic entre le rein mobile et l'appendicite se pose donc à chaque instant, car l'appendicite est très commune. Et, en présence d'une femme qui souffre d'une douleur constante ou par crise dans le côté droit et qui a un rein mobile, on se demande si le rein mobile est la cause des douleurs, ou si l'appendicite est en cause chez une femme qui a déjà un rein mobile.

La question est d'importance, car le traitement en dépend. Elle est de plus délicate et difficile, et de longs mémoires ont été, en Amérique surtout, consacrés à la résoudre.

Je ne puis que rappeler ici les grandes lignes du diagnostic. L'*appendicite* a sa douleur fixe, locale, précise : elle provoque par intermittence des crises pendant lesquelles la douleur augmente, mais elle conserve sa localisation : l'irradiation de la douleur se fait plutôt vers la jambe.

La douleur du rein mobile est plus haute, ses irradiations se dirigent vers l'uretère ; elles ne s'accompagnent pas de contracture, sauf en cas d'hydronéphrose; je reviendrai plus loin sur ce point. La douleur du rein mobile s'exagère lorsque la malade se place dans le décubitus latéral. Le rein mobile douloureux manifeste sa douleur au moment où on le presse pour le réduire dans la loge lombaire.

Une autre question également délicate se pose chez les sujets neurasthéniques : c'est celle des *rapports de la neurasthénie avec le rein mobile* : La neurasthénie est-elle primitive et préexistante ou consécutive au rein mobile ?

Au fond, je ne pense pas que le rein mobile soit capable à lui seul et par lui-même de créer la neurasthénie : ainsi que je l'ai dit plus haut, je considère la neurasthénie comme faisant partie de la

même maladie dont le rein mobile est une manifestation. Et tout individu qui a un rein mobile est un neurasthénique en puissance. La question se pose donc seulement de savoir dans quelle mesure le rein mobile, par l'excitation permanente qu'il occasionne, favorise, aggrave, accentue la neurasthénie.

L'étude du sujet, la marche de la maladie fourniront à ce point de vue des indices : on recherchera encore l'influence de la réduction permanente du rein par un bandage, et, si la réduction prolongée soulage, améliore l'état neurasthénique, on pourra conclure, sinon que la neurasthénie est secondaire au rein mobile, du moins qu'elle est influencée par lui et que, par conséquent, l'opération a chance de donner un résultat favorable à ce point de vue.

VI. — COMPLICATIONS.

Appendicite et rein mobile. — Avant d'aborder les complications dont le rein lui-même peut être le siège, disons un mot des relations de l'*appendicite* et du rein mobile.

La fréquence de l'appendicite chez les femmes atteintes de rein mobile a depuis longtemps attiré l'attention. Les Américains, et parmi eux Edebohls surtout, se sont attachés à cette question. Ce dernier, dans une série de travaux, est arrivé à établir entre les deux affections une relation de cause à effet (1).

D'après lui, l'appendicite chronique se rencontre dans près de 90 p. 100 des reins mobiles droits (2).

(1) G. Edebohls, Chronic Appendicitis. Complication of movable right Kidney (*The Post Graduate*, February 1899).

(2) G. Edebohls, The Relations of movable Kidney and appendicitis to each other and to the Practice of modern Gynækology *Medical Record*, march 11, 1899).

Dans ces cas, l'appendicite est en général latente, insidieuse, sans grandes manifestations; quelquefois cependant il a vu des crises aiguës, mais presque toujours elles se terminent par résolution ou passent à l'état chronique.

La réalité de cette appendicite est démontrée par les résultats anatomiques des opérations pratiquées par Edebohls. Dans 30 cas, où l'appendice fut enlevé en même temps que le rein fut fixé, l'appendice fut trouvé manifestement lésé.

Comment se produit, toujours d'après Edebohls, l'appendicite au cours du rein mobile? Le rein droit, en se mobilisant, déplace le duodénum et la tête du pancréas, et comprime ainsi la veine mésentérique supérieure, d'où des troubles dans la circulation en retour de l'appendice, qui se congestionne et s'enflamme plus tard.

Et l'appendicite constituée peut être ainsi, par les douleurs qu'elle provoque, la seule manifestation du rein mobile. Et il suffit quelquefois, mais pas toujours, de fixer le rein pour guérir l'appendicite.

Edebohls, d'ailleurs, pratique dans la même

séance et par la même voie lombaire l'ablation de l'appendice et la néphrorraphie.

J'ai cité textuellement les idées, les hypothèses formulées par Edebohls. Depuis lors, de nombreux auteurs : Noble, Bervill, Ross (1), Watson (2) Beck et d'autres ont abordé à nouveau cette question et l'ont résolue à peu près dans le même sens.

Pour ma part, je n'accepte en aucune façon les idées de Edebohls : les faits sur lesquels s'appuient les auteurs américains ne sont rien moins que probants. L'appendicite est actuellement si commune, le rein mobile est si fréquent chez la femme, qu'on doit s'attendre à voir toute appendicite chez une femme adulte coïncider avec un rein mobile. Le fait de trouver l'appendice lésé au cours d'une néphropexie ne prouve pas la relation de cause à effet entre les deux affections.

Il y a là tout simplement une coïncidence, d'où résulte la difficulté de distinguer ces deux affec-

(1) Ross, Dislocation of the Kidney (*Brit. med. Journ.*, 1897, t. II, p. 965).

(2) Watson. Cases illustrating renal surgery (*Med. and Surg. Report Boston city Hosp.*, 1896, p. 422).

tions l'une de l'autre, et la nécessité où l'on se trouvera souvent de faire, en même temps que la néphropexie, l'ablation de l'appendice.

La mobilité rénale n'impose nécessairement aucune complication au rein qu'elle affecte : il ne semble pas que le rein mobile soit plus souvent lésé que le congénère. D'après certaines statistiques, cependant, le rein mobile se compliquerait quelquefois d'*albuminurie*. Sur 100 cas de Hibert, il y a 9 albuminuries légères et 5 albuminuries abondantes.

Plus rarement encore on a vu coïncider avec le rein mobile cette forme spéciale de l'*albuminurie*, dite *orthostatique*. Dans un cas de Névière (1) cependant, la mobilité du rein avait une influence certaine sur la production de cette complication, puisque l'application d'un bandage suffit à la faire disparaître.

Hématurie. — Dans quelques cas rares, on a observé des hématuries au cours du rein mobile,

(1) Courcoux, Les albuminuries orthostatiques (*Thèse de Paris*, 1904).

qui semblaient directement liées à la néphroptose elle-même.

Israël, Guyon, Albarran (1), Newmann, Galloway (2), Pasteau (3) ont observé cette complication et discutent sa pathogénie.

La congestion rénale produite par la mobilité rénale et la torsion du pédicule est-elle suffisante pour causer à elle seule l'hématurie? Cela est très probable.

Dans quelques cas cependant, il est fait mention de quelques signes de néphrite : dans un fait de Newmann, par exemple, on signale l'albuminurie et la présence de cylindres dans l'urine.

Dans d'autre cas, on peut se demander si un certain degré d'hydronéphrose n'est pas susceptible de produire cette hématurie.

Loyd, Fürbringer, Zawisza et Terrier (4) ont vu

(1) Albarran, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, mai 1898, p. 468.

(2) Andrew F. Galloway, On movable Kidney (*Glasgow. med. Journ.*, 1899, t. II, p. 355).

(3) Pasteau, De l'hématurie au cours du rein mobile (*Comptes rendus de la IVe session de l'Association française d'urologie*, p. 152, Paris, 1899).

(4) Terrier et Baudouin, De l'hydronéphrose intermittente, p. 147, Paris, 1891.

en effet l'hydronéphrose intermittente provoquer l'hématurie.

Néoplasme. — Sur un rein mobile, une *tumeur* peut se développer, néoplasme de mauvaise nature le plus souvent; le diagnostic n'est pas toujours facile; j'en ai vu un cas (1).

Tuberculose. — Le rein mobile est quelquefois envahi par la tuberculose : sur un rein déplacé, j'ai vu des cavernes coïncider avec l'hydronéphrose intermittente (2). Quelquefois la tuberculose produit la périnéphrite, et celle-ci fixe le rein mobile dans une situation anormale. J'ai enelvé ainsi un rein tuberculeux, mobile, fixé secondairement loin de la fosse lombaire.

Infection non spécifique. — La pyélonéphrite

(1) F. Legueu, Cancer kystique dans un rein mobile (*Bull. de la Soc. anat.*, 14 mai 1897, et *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1897, p. 128).

(2) F. Legueu, Rein tuberculeux et rétention rénale simultanée (*Comptes rendus de la Ve session de l'Association française d'urologie*, p. 493, Paris, 1901).

simple est une complication assez commune du rein mobile (1).

L'infection du bassinet est favorisée par les poussées de congestion dont le rein est le siège, par les crises de rétention aseptique auxquelles il est exposé et qui appellent la localisation à ce niveau d'une infection générale.

Lorsque la pyélonéphrite est installée, elle se caractérise par des urines un peu troubles, par de la pyurie. Mais souvent elle passe inaperçue jusqu'au jour où une crise formidable d'hyperthermie, avec ou sans douleur dans le côté, vient troubler l'insidiosité de la maladie. Sous l'influence d'une petite rétention, la température s'élève à 40°, 40°,5 : la résorption au niveau du bassinet est celle qui, dans l'appareil urinaire, est susceptible de donner les plus hautes élévations de la température. L'état général reste parfois bon malgré la persistance de la fièvre pendant plusieurs jours.

En général, la crise est plus bruyante que méchante. Au bout de quelques jours, la fièvre tombe,

(1) Albarran, Indications opératoires dans le rein mobile avec pyélonéphrite (*Comptes rendus de l'Association française d'urologie*, Paris, 1901, p. 123).

tout rentre dans l'ordre ; mais les urines restent troubles, et une nouvelle crise reste toujours une menace, jusqu'au jour où l'opération pratiquée à froid, dans l'intervalle des crises, permettra le drainage naturel du rein et évitera le retour de pareils accidents.

Hydronéphrose. — L'*hydronéphrose dite intermittente* est la grande, la principale complication du rein mobile : elle joue, dans l'histoire de cette affection, un rôle si considérable qu'il nous faut de toute nécessité l'étudier dans tous ses détails. Et comme anatomiquement on a beaucoup discuté, et on discute encore sur sa raison d'être, sur son mécanisme et sa pathogénie, voyons d'abord par quels signes elle se traduit ; nous discuterons ensuite les théories.

Cliniquement, l'hydronéphrose intermittente se caractérise de la façon suivante :

Une malade en puissance d'un rein mobile avéré ou non est prise un jour brusquement d'une violente douleur dans le côté droit. Elle siège sous les fausses côtes, un peu au-dessous de la vésicule biliaire, s'irradie en bas vers la région de l'aine,

vers la vessie. Cette douleur est très intense. Cette malade est forcée de s'arrêter, de s'aliter : et encore ne peut-elle garder la situation de repos ; elle se plie en deux, se couchant plutôt sur le côté malade. Les besoins d'uriner sont nuls ou très fréquents, la miction est douloureuse ; la quantité d'urine rendue est toujours peu considérable : il y a oligurie.

Dans ces crises violentes, il y a des *signes généraux* : ce sont d'abord des vomissements, puis la face est pâle, les traits sont tirés, le regard est angoissé, anxieux, le pouls est petit, rapide. Enfin il y a de la fièvre, mais seulement chez les malades infectés : la température s'élève alors à des hauteurs extraordinaires, à 39°, 40°, 41°.

La fièvre commence avec la douleur et disparaît avec elle ; elle ne dure pas très longtemps.

Les *signes locaux* sont les suivants : le flanc est contracturé, les muscles antérieurs et postérieurs sont en défense, la palpation est douloureuse et très difficile.

Cependant, sous cette contracture, et surtout quand elle va cesser ou diminuer, on perçoit une augmentation de volume du rein ; on sent une

tumeur, plutôt une tuméfaction vague, indécise, mais suffisamment accentuée pour permettre d'affirmer que le rein ou le bassinet sont notamment augmentés de volume. La tuméfaction est elle-même très douloureuse au palper.

La crise dure de quelques heures à plusieurs jours : la douleur s'efface, devient moins aiguë ; l'exploration est possible, le rein reste volumineux et tendu ; à la période d'oligurie fait suite une crise de *débâcle*, une polyurie intense, et la tumeur diminue de volume, ce qui a fait longtemps considérer cette polyurie finale comme l'élimination d'une rétention pyélitique. Il n'en est rien.

Une fois la crise finie, la malade se retrouve dans l'état où elle était avant la crise. La région reste empâtée et douloureuse pendant quelques jours : on perçoit encore le rein un peu gros et douloureux, puis tout disparaît et rentre dans l'ordre jusqu'à ce qu'une nouvelle crise vienne à se produire. Celle-ci se fera attendre plus ou moins longtemps : la fatigue, les efforts, le surmenage augmentent et facilitent le retour des crises. Mais elles se produisent aussi dans l'état de repos et sans aucune cause provocatrice.

Pathogénie. — Que sont ces accidents et par quoi sont-ils produits?

Ils ont été et sont encore mis sur la compte d'un *étranglement rénal* : on a décrit ainsi en effet des accidents douloureux se produisant au cours du rein mobile, d'une violence toute particulière, et dont il me paraît impossible de faire la différence avec les accidents de l'hydronéphrose elle-même. Même douleur, même anxiété, même réaction générale : par ailleurs, on n'a jamais constaté la tension du pédicule rénal ; on ne voit que rarement d'ailleurs cette albuminurie, qui expérimentalement résulte toujours de la ligature d'une veine rénale (1). Donc, jusqu'à plus ample informé, je préfère ranger les accidents considérés comme relevant de l'étranglement rénal dans la même catégorie que ceux produits par l'hydronéphrose. Ce fait que l'on ne constate pas toujours de tumeur, qu'il n'y a pas au cours de ces accidents une tuméfaction avec tension, ne prouve rien du tout : cette tuméfaction est loin de se produire

(1) Alessandri, Recherches expérimentales sur la ligature des différents vaisseaux du rein (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1900, p. 473).

toujours au cours et surtout au début des crises les plus nettes de l'hydronéphrose intermittente. Elle résulte plus en effet de la congestion du rein que de sa distension (1).

A mon avis, tous les accidents dont nous venons de parler, et en général tous les accidents très douloureux qui se produisent au cours du rein mobile, sont à rattacher à la rétention rénale.

La réalité de l'hydronéphrose intermittente est prouvée en effet par toute une série de faits anatomiques et cliniques.

Anatomiquement, on constate par exemple de la dilatation du bassinet chez tous les malades que l'on opère au cours ou au lendemain d'une crise de ce genre.

Cliniquement aussi, on peut vérifier au cours de chaque crise la réalité de cette distension : il suffit de faire dans ce cas le cathétérisme uretéral. Une malade de trente ans m'est une fois envoyée avec le diagnostic appendicite. Elle a en effet été prise la veille d'une crise violente de douleurs dans le côté : on l'amène en brancard, elle se tient pliée

(1) Le Dentu et Paul Delbet, Rein mobile (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1901, p. 17).

en deux, la face anxieuse, les traits tirés. A certains indices cependant, il me paraît que la réaction péritonéale est peu vive ; il me semble que le rein est douloureux. Je fais alors le cathétérisme de l'uretère, et je parviens à retirer du bassinet droit 50 grammes environ d'urine claire. La malade aussitôt se trouve soulagée : elle se tâte, se palpe, ne sent plus rien, se redresse, se lève et ne veut plus entrer à l'hôpital. La crise était guérie avec l'évacuation de la rétention ou du moins avec la dépression du bassinet. Voilà donc la réalité de l'hydronéphrose mise en relief et nettement démontrée : des faits de ce genre ont été constatés par beaucoup d'auteurs (1).

Et, en somme, voici comment on peut, je pense, concevoir le mécanisme de l'hydronéphrose dite intermittente. Sous une cause que je dirai plus loin, le bassinet subit un excès de tension lente ou brusque et se dilate ou commence à se dilater. L'hydronéphrose est dès lors constituée.

Sur ce bassinet déjà dilaté, survient un jour

(1) E. Michon et O. Pasteau, Des petites rétentions rénales dans le rein mobile (*XIIIe Congrès international de médecine*, Paris, 1900, Section de chirurgie urinaire, p. 88).

un excès de tension : immédiatement la crise paraît, se développe ; le rein devient sensible, il donne l'impression d'être augmenté de volume ; puis la tension s'abaisse, le rein devient moins sensible, la poche s'évacue en partie ; mais il reste encore dans le bassinet une quantité d'urine bien plus considérable qu'il ne saurait en contenir. Seulement le rein n'est plus douloureux, parce qu'il n'est plus en tension, et c'est dans cet *état, avec un bassinet dilaté*, que reste le rein. Dans l'intervalle des crises, le bassinet est toujours distendu ; l'hydronéphrose *est continue* et non intermittente. Ce qui est intermittent, ce qui varie, c'est la pression dans le bassinet, c'est la tension dont l'élévation produit la douleur.

A chaque crise cependant le rein se dilate, ou du moins le bassin, et devient plus gros en même temps que plus tendu. L'hydronéphrose augmente donc peu à peu de volume, et le rein lui-même subit les effets de la distension progressive.

Les calices se dilatent, les pyramides s'effacent, et le rein perd peu à peu de sa substance, pendant que le bassinet augmente d'importance, de surface et d'étendue. Au degré le plus avancé, le rein est

réduit à une coque mince, dont la valeur fonctionnelle est très réduite. Sur l'autre rein, l'hydronéphrose est susceptible de provoquer des lésions secondaires. Castaigne et Rathery ont en effet constaté chez l'homme et l'animal une *néphrite scléreuse atrophique* sur l'autre rein, développée sous la dépendance des néphrotoxines provenant du rein malade, alors même que l'hydronéphrose est légère.

Pourquoi se produit l'hydronéphrose?

Voilà une question que nous n'avons pas encore résolue, et qui demande d'autant plus à être discutée qu'elle suscite des interprétations très différentes.

L'hydronéphrose résulte d'une altération de l'uretère à sa partie supérieure et, plus exactement, d'une coudure ou d'une torsion de l'uretère (1).

Cette théorie classique, proposée par Landau, il y a déjà longtemps, défendue par Terrier et Baudouin (2), a été complétée, perfectionnée, par les recherches de plusieurs auteurs, et, en 1895, j'ai

(1) Fredet, Rein mobile; hydronéphrose intermittente (*Bull. de la Soc. anat.*, mars 1898).

(2) Terrier et Baudouin, *Rev. de chir.*, 1891, p. 846 et 893.

moi-même précisé par l'expérimentation quelques détails (1).

J'ai établi plus haut (p. 18) que l'uretère se coudait lorsque le rein s'abaissait. La coudure uretérale primitive qui résulte de cette mobilisation n'est pas fixe : or, pour qu'une coudure soit oblitérante, il faut qu'elle soit immobilisée.

Sur le vivant, quelle est la cause de la fixité de la coudure? Cette cause est très variable. C'est tantôt une bride celluleuse ou vasculaire qui accroche l'uretère et fait la fixation temporaire d'où doit résulter l'hydronéphrose. Plusieurs pièces expérimentales de Tuffier sont très démonstratives à ce point de vue (2). Tantôt un peu d'inflammation se développe à ce niveau ; la valvule perd sa souplesse ; un léger rétrécissement se forme, et l'obstacle est constitué.

Il y a donc des coudures temporaires, intermittentes d'abord ; il y a aussi des coudures définitives, et, comme celles-ci s'aggravent, se complètent avec le temps, il peut arriver, et il arrive

(1) Legueu, *Bull. de la Soc. anat.*, 1895.

(2) Tuffier, *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, 2e édit., Paris, 1899, t. VII, p. 318.

en effet que l'hydronéphrose intermittente, qui est toujours au début une hydronéphrose ouverte, finit un jour par une hydronéphrose fermée. De là la diversité des pièces que l'on trouve à l'opération ou à l'autopsie.

A cette théorie classique, Bazy, reprenant la théorie ancienne de Fritz, a opposé une autre interprétation (1). D'après lui, l'hydronéphrose intermittente serait la conséquence d'une lésion congénitale de l'uretère. Les uretères présentent en effet chez le nouveau-né une série de plicatures, d'inflexions, de coudures, voire même de rétrécissements. Il suffit d'une de ces lésions pour constituer plus tard un obstacle au trajet de l'urine : l'hydronéphrose se développe peu à peu et insidieusement ; le rein mobile ne vient qu'après, il est la conséquence de l'hydronéphrose.

Cette théorie s'appuie sur ce que l'hydronéphrose existe souvent à gauche, d'un côté où le rein est rarement mobile. Elle invoque encore à son actif ce fait que l'hydronéphrose n'est pas spéciale au sexe féminin, mais se voit aussi chez l'homme, où

(1) Bazy, Sur l'hydronéphrose intermittente (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXX, 1904, p. 253).

le rein mobile est cependant tout à fait exceptionnel. Elle se base enfin sur des constatations anatomiques qui montrent sur l'uretère l'existence de ces lésions congénitales prédisposant à l'hydronéphrose.

Que l'hydronéphrose ait d'autres causes que le rein mobile, il n'est pas nécessaire, je pense, de le dire ni de l'établir : la chose s'entend d'elle-même. Mais, en ce qui concerne la relation de l'hydronéphrose et du rein mobile, je n'ai pu accepter cette théorie, et je l'ai combattue à l'aide de plusieurs objections qui sont restées sans réplique (1).

D'abord l'hydronéphrose est beaucoup plus fréquente à droite; son maximum de fréquence correspond donc au côté qui est surtout le siège du rein mobile.

Ensuite l'hydronéphrose est avantageusement traitée par la néphrorraphie : il suffit de fixer le rein pour faire disparaître les petites rétentions qui caractérisent l'hydronéphrose au début. Si la mobilité rénale était secondaire, si la lésion de l'uretère était fixe, congénitale, indépendante de

(1) Legueu, Pathogénie de l'hydronéphrose intermittente (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXX, 1904, p. 416).

la mobilité, on ne voit pas, on ne comprend pas pourquoi la néphrorraphie, qui ne touche qu'au rein, modifierait encore l'uretère.

Enfin, en dernier lieu, il est des hydronéphroses dans le rein mobile dont les dimensions sont absolument insignifiantes. Le cathétérisme de l'uretère évacue 40, 50 grammes au maximum, et cependant le rein est mobile. Qui pourra soutenir que cette légère augmentation de pression dans le bassin suffit par son poids à déterminer la mobilisation du rein?

J'en reste donc à la théorie classique, celle que j'ai exposée. Il est, je le sais, des hydronéphroses congénitales; j'en ai observé et opéré, mais celles-ci précisément ne s'accompagnaient d'aucune mobilité rénale, ce qui prouve donc une fois de plus que l'hydronéphrose ne cause pas toujours la mobilité.

Le *diagnostic* de l'hydronéphrose intermittente soulève des problèmes très compliqués et parfois insolubles. Il doit être envisagé et pendant la crise et dans l'intervalle des crises.

Pendant la crise, la douleur brusque dans le

côté éveille ou l'idée d'une appendicite, ou celle d'une colique néphrétique, c'est avec ces deux affections que le diagnostic est à faire.

Et, dans un cas dont j'ai parlé plus haut, le diagnostic primitif avait été appendicite, alors qu'il s'agissait en réalité d'hydronéphrose intermittente.

Ce diagnostic est surtout délicat lorsque l'hydronéphrose est infectée et qu'il y a de la fièvre. La fièvre est alors très intense, la température atteignant facilement 39° ou 40°.

Cependant la localisation de la douleur dans l'hydronéphrose est plus haute; les irradiations sont plus urétérales ; elles se dirigent vers la vessie : il y a de l'oligurie, un peu de douleur en urinant. Enfin les phénomènes généraux sont moins marqués que s'il s'agissait d'une appendicite : il n'y a pas de réaction péritonéale, et c'est sur l'ensemble de ces signes que je me suis basé dans le cas dont j'ai parlé pour faire, avant le cathétérisme urétéral, le diagnostic d'hydronéphrose intermittente.

Le diagnostic de la *colique néphrétique* n'est pas à discuter avec la crise d'hydronéphrose.

L'hydronéphrose donne une crise de douleur réno-uretérale ; le calcul, en passant dans l'uretère, provoque une crise de même nature, et dont la raison existe beaucoup plus dans la mise en tension du bassinet que dans la migration d'un gravier dans l'uretère et dans la blessure des parois. Aussi me paraît-il impossible de distinguer la colique néphrétique par calcul de la crise d'hydronéphrose, si ce n'est par d'autres éléments, qui sont l'âge et le sexe du malade, la répétition des crises, l'absence des hématuries, la constatation dans l'intervalle d'un rein mobile.

Dans l'*intervalle des crises*, quand on n'a pas assisté à la crise douloureuse, il est quelquefois plus difficile de se faire une opinion. La colique hépatique en effet intervient alors et prend place dans la catégorie des affections, qui, en provoquant une douleur dans le côté droit chez la femme, ressemblent un peu à la crise d'hydronéphrose. Cette analogie est d'autant plus troublante que l'ictère manque toujours dans les coliques frustes et qu'elle est évitée parfois avec l'hydronéphrose : je l'ai vue une fois produite par la compression du cholédoque. Et, dans ce cas, j'ai eu

ainsi les plus grandes difficultés à trancher un diagnostic.

C'est au cathétérisme urétéral qu'il faut avoir recours pour trancher cette question : la sonde urétérale montrera la réalité de la rétention rénale, même dans l'intervalle des crises ; elle donnera quelquefois des indications sur le siège de l'obstacle, et on pourra ainsi déterminer l'indication opératoire.

VII. — TRAITEMENT.

Deux moyens seulement nous permettent de lutter contre le rein mobile quand il le faut : ce sont le bandage et l'opération.

Bandage. — Appliquer sur la paroi abdominale une résistance au-dessous du rein pour limiter sa descente, voilà ce qu'on se propose avec le bandage. Et dans ce but plusieurs modèles sont proposés et utilisés.

La plupart sont munis d'une pelote ; cette pelote est appliquée sur la paroi abdominale et maintenue par un bandage serré, et le rein à la descente rencontre ainsi la résistance de la pelote, qui s'oppose à son abaissement. Il est aussi des pelotes à air, que l'on gonfle avec une poire quand elles sont en place. Dans tous les cas, on doit toujours placer la pelote alors que le malade est dans

le décubitus dorsal, avant qu'il ne soit debout, avant que le rein par conséquent n'ait pu descendre.

Une pelote bien serrée peut certainement limiter la descente du rein : sans le maintenir dans sa situation normale, ce qui est impossible, elle oppose une résistance à son extrémité inférieure et fait obstacle à sa descente.

Mais, en pratique, les pelotes n'ont pas toujours cette efficacité désirable. Pour obtenir ce résultat, il faut un bandage bien fait, et dont la pression corresponde exactement à la résistance de la paroi abdominale. Ceci, il est très difficile de l'obtenir. Tantôt le ressort est trop fort, et la pression est douloureuse et insupportable. Tantôt, au contraire, le ressort est trop faible, le rein glisse sous le bandage, et la pelote ne sert à rien, et c'est ce qui arrive le plus souvent.

Aussi, pour ma part, je n'attache pas grande importance à cette action directe, immédiate, sur le rein. Je me contente le plus souvent d'une ceinture abdominale, qui agit sur la paroi tout entière, comme la sangle de Glénard, qui restitue à la cavité abdominale la pression qui lui manque et

contribue ainsi indirectement à assurer la fixation du rein.

Massage. — A côté du bandage, le *massage* peut aussi, quoique à titre accessoire, rendre des services (1). Il agit surtout sur les phénomènes congestifs; mais, comme ces phénomènes exercent une incontestable influence sur le volume et la sensibilité du rein, on conçoit les succès, momentanés au moins, que le massage peut donner en des mains prudentes et expérimentées.

Ces moyens ne conviennent d'ailleurs qu'au rein mobile qui gêne et se fait sentir; au cas contraire, le bandage lui-même est inutile. On se contentera de proscrire les exercices violents, le cheval, le tennis, la bicyclette, la danse, l'escrime.

Opération. — L'*opération* de la néphrorraphie est aujourd'hui une des plus simples et des plus réglées de la chirurgie.

(1) Richelot, Traitement du rein mobile par le massage (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1er mai 1901).

Elle a son histoire. Hahn (de Berlin) l'imagina en 1881 et la substitua à la néphrectomie, jusqu'alors proposée par Simon pour le rein mobile. Un nombre considérable de procédés se sont succédé depuis vingt ans ; on fit d'abord la suture de la capsule adipeuse : ce n'était pas suffisant. Plus tard, on fit l'avivement du rein en supprimant un peu de sa capsule fibreuse. Puis les expériences de Guyon, d'Albarran et de nombreux faits cliniques établirent que la suture à la paroi du rein non décortiqué pouvait obtenir une parfaite solidité ; et le procédé sans avivement fut communément adopté. Mais l'avènement de la décapsulation dans les néphrites a montré que non seulement il n'était pas nuisible d'enlever la capsule, mais que de ce fait les adhérences se faisaient plus solides. Et la décapsulation devient maintenant le complément de la néphrorraphie.

Je décrirai le procédé modifié de Guyon, auquel j'ai recours habituellement.

Technique. — Le sujet est couché sur le côté opposé, gauche, avec, sous le flanc, le coussin qui

va effacer le creux de la région lombaire à opérer et élargir de plusieurs centimètres la hauteur de l'espace costo-iliaque.

Après avoir endormi le malade et pris les précautions d'usage sur lesquelles il est absolument inutile d'insister ici, je pratique l'opération suivant les temps suivants .

Premier temps : Incision des téguments ou des muscles jusqu'à l'atmosphère périgraisseuse. — L'incision est oblique de haut en bas et de dedans en dehors ; elle se fait sur la face postérieure de la douzième côte, à 8 centimètres de la ligne médiane, pour aboutir au voisinage et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. La couche musculaire (grand oblique et grand dorsal, puis petit dentelé et petit oblique) est incisée. On effondre alors l'aponévrose du transverse ; au-dessous d'elle, on tombe de suite dans la graisse périrénale. L'incision est agrandie jusque sous la côte par la section du ligament sous-costal de Henle.

Deuxième temps : Découverte du rein. — La graisse périrénale est incisée d'un coup de doigt

ou de sonde cannelée. On cherche le rein dans la masse diffluente que la graisse constitue. Il n'est pas toujours très facile de l'y trouver. Dans la situation très latérale, où le malade a été placé, le rein se mobilise très facilement et glisse vers l'ombilic; on le cherche en vain dans la fosse lombaire, et souvent il arrive à des opérateurs novices de prendre pour le rein, le foie, souvent mobile lui-même et dont le bord tranchant déborde largement les fausses côtes. Il est facile de reconnaître son erreur.

Et, d'ailleurs, pour l'éviter, il faut toujours prier l'aide qui est placé en face du chirurgien de presser de bas en haut sur le rein de façon à le restituer à la région lombaire et à permettre au chirurgien qui le cherche de le trouver aisément.

On le reconnaît à sa résistance, à sa mobilité, à sa forme : on le détache avec le doigt de toutes les adhérences cellulaires qui l'entourent et qui sont toujours très nettement constituées, même autour du rein mobile ; on le sépare de la graisse périrénale, on l'explore,

et cette exploration ne doit pas être négligée, car on trouve parfois des lésions insoupçonnées (1); puis fendant alors sur le bord convexe la capsule propre du rein, je le *décortique dans toute sa hauteur et sur ses deux faces*, et il est alors possible de procéder à la fixation.

Troisième temps : Fixation du rein. — Ce temps est le plus important : la fixation est faite avec des catguts. La soie est mauvaise, elle ne se résorbe pas et pourrait devenir le centre d'un noyau de calcification. Le crin de florence est inutile : le catgut est très suffisant, et, à condition de ne pas être trop gros, il ne laissera dans le rein que des traces insignifiantes de sclérose. Une précaution nécessaire cependant est encore de réséquer la graisse périrénale sur toute la face postérieure du rein au moins, afin que le rein soit directement mis au contact de la paroi lombaire.

(1) Franck E. Taylor, Unsuspectead lesions in movable kidneys discovered during nephropexy (*Annals of Surgery*, n° 140, août 1904, p. 215).

On prend trois fils de catgut de 70 centimètres de long : on les plie en deux, et on les passe tous les trois dans le plein parenchyme du rein, à 1 ou 2 centimètres du bord convexe.

Alors on coupe l'anse, et on a à droite et à gauche du rein, sur sa face antérieure et sur sa face postérieure, trois groupes de deux fils : nous les appellerons fils I, II et III (fig. 5).

Il va s'agir maintenant de fixer chacun de ces groupes à une partie correspondante des parties molles et aussi haut que possible.

On devrait, en effet, fixer le rein dans la même situation qu'il occupe à l'état normal. Mais cet idéal est irréalisable : normalement, en effet, le rein est en grande partie caché sous les fausses côtes. Pour l'y fixer à nouveau, il faudrait ou traverser très haut le gril costal, ce qui est impossible, ou ne fixer que son extrémité inférieure, ce qui est dangereux. Dans ce cas, en effet, le pôle supérieur resté libre bascule en avant, et de cette bascule peut résulter une torsion qui fut quelquefois la source d'accidents (Walther).

Le mieux est donc de fixer le fil supérieur ou

à la côte elle-même, ou au voisinage de la côte. Je dis au voisinage, car je n'attache pas une grande importance à ce que la côte elle-même soit prise dans le fil fixateur. Ce qu'on veut, c'est non pas accrocher le rein par un fil définitif, mais bien obtenir, par l'intermédiaire d'un fil temporaire, une fixation par des adhérences. Or ces adhérences se font tout aussi bien, plus facilement même, avec les parties molles qu'avec la côte ou son pé rioste.

Donc, avec l'aiguille, je pique en arrière, au voisinage de l'angle costo-vertébral, dans le muscle, à 2 centimètres environ de la lèvre de l'incision ; je ramène le chef n° 1 du fil III ; je repique un peu plus bas pour ramener le deuxième chef de ce fil III. Je les laisse libres.

Et je viens à la face antérieure du rein. Je passe mon aiguille sur le bord inférieur de la côte dans les parties molles, et je ramène le chef antérieur n° 1 du fil III ; à 1 centimètre plus bas, je vais chercher également à travers la couche musculo-aponévrotique l'autre chef du fil III (n° 2). L'attitude des fils III est alors

exactement celle que la figure 5 représente pour le fil II.

Et alors il n'y a plus qu'à serrer les deux chefs antérieurs ensemble, et ensemble les deux

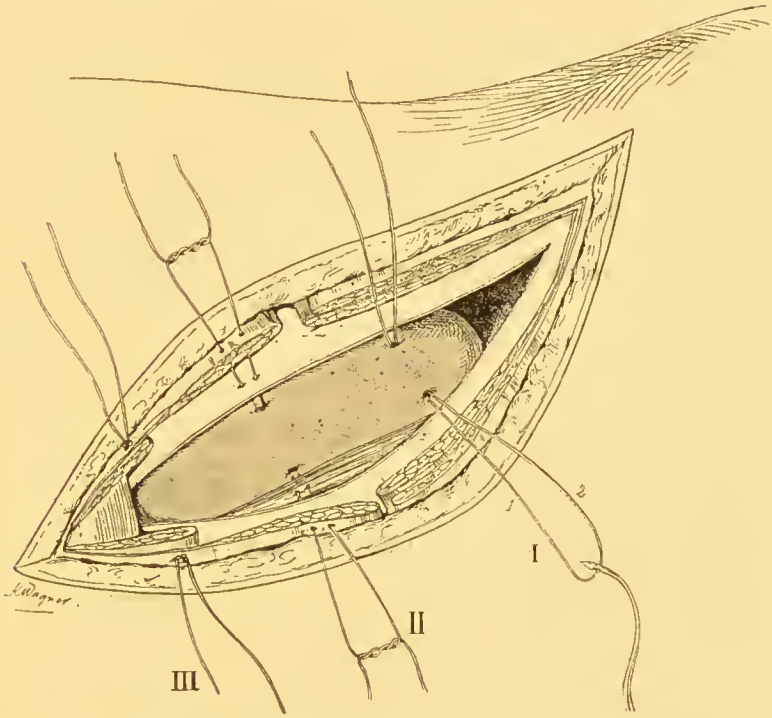

Fig. 5. — Néphrorraphie lombaire (Guyon). Mise en place des fils suspenseurs.

chefs postérieurs, pour que aussitôt le rein, attiré comme par un échelon, vienne s'accoler aux lèvres rapprochées de la couche musculaire.

Ce qui vient d'être fait pour le fil III est fait de même pour le II et pour le I. La figure 5 montre d'ailleurs la succession des différents temps sur les fils I, II et III.

Quatrième temps : Suture de la peau. — Il ne reste plus qu'à suturer au catgut la plaie musculo-aponévrotique. Cette suture est faite avec des points séparés de catgut. Le drainage est inutile. La peau est réunie au crin de Florence ou avec les agrafes de Michel.

Autres procédés. — Il existe une foule d'autres procédés de néphrorraphie : la plupart ne présentent aucun avantage et ne méritent que d'être cités. Tels sont le *procédé de Jonnesco* à fils temporaires (1), celui de *Riedel*, de *Biondi à tamponnement* (2), la *néphropexie tendineuse de Poullet et Vulliet* (3).

(1) T. Jonnesco, De la néphropexie. Description d'un nouveau procédé opératoire (*Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1897, p. 925).

(2) Biondi, Nouveau procédé de fixation du rein mobile (*Revue de chirurgie*, septembre 1900, p. 418).

(3) Vulliet et Poullet, D'une nouvelle opération de néphropexie (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1895, t. XV, p. 326).

Edebohls (1) combine aussi la décortication et la néphropexie : mais il décortique seulement le rein à moitié et le fixe par l'intermédiaire des lambeaux décollés de sa capsule. En même temps et par la même incision lombaire, il enlève l'appendice. Cette pratique a dans quelques cas un réel avantage.

Enfin Bazy (2) a décrit en pratique un procédé appelé par lui « néphropexie en hamac ».

Le rein est fixé par sa face postérieure seule, et, pour cela, les fils sont passés transversalement; on a soin de ne prendre que le minimum de tissu rénal, et on ne charge que la capsule. En outre, une fois la fixation faite, il crée une espèce de hamac sur lequel va reposer l'extrémité inférieure du rein. Je cite ici les propres paroles de l'auteur : « Je passe un fil de catgut dans les muscles, au-dessous de la douzième côte; puis je prends le tissu cel-

(1) Edebohls, The technique of nephropexy as an operation per se, and as modified by combinaison with lumbar appendicectomy (*Annals of Surgery N.-Y.*, 1902, t. I, p. 137).

(2) Bazy, Sur un procédé de néphropexie : néphropexie en hamac (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1899, t. XXV, p. 831) et Malterre, *Th. de Paris*, 1898, n° 129.

lulo-adipeux. Je l'attire en haut, je le tasse par une série de surjets au-dessous du rein, et j'achève en passant l'extrémité du fil dans la masse musculaire au-dessous de la douzième côte, et je croise cette extrémité avec la première. »

Suites opératoires. — Celles-ci sont d'ordinaire très simples. Le rein supporte très bien les corps étrangers qui envahissent son tissu. Au niveau des fils, les tubes sont déchirés : longtemps après, plus tard, on retrouverait la trace du passage des fils à une altération de l'épithélium, à une traînée embryonnaire et hémorragique. Ces lésions purement dégénératives restent limitées et sont sans importance.

Autour du rein, un tissu fibreux se forme au niveau des fils ; c'est ce tissu fibreux, très solide et très serré, comme on peut le voir sur l'animal en expérience, qui sert de support et soutient le rein (fig. 6).

Peu de complications sont inhérentes à cette opération. En dehors des complications com-

munes à toutes les opérations, la néphrorraphie n'a guère qu'un accident spécial, la *fistule urinaire*. Encore est-elle très rare. J'en ai vu un

Fig. 6. — Rein d'un chien opéré de néphrorraphie lombaire avec décortication de la capsule propre et sacrifié six semaines après l'opération (Albarran).

cas, il y a quelques années, chez une malade qui avait un rein mobile compliqué de pyélonéphrite (1) : la néphrorraphie fut pratiquée

(1) F. Legueu, Fistule urinaire à la suite d'une néphrorraphie (*Comptes rendus de la VIIe session de l'Association française d'urologie*, Paris, 1903, p. 696).

sans difficultés, mais, quelques jours plus tard, vers le dixième environ, une fistule se déclara, par laquelle les urines passaient en assez grande abondance. Je dus même pratiquer la néphrectomie pour guérir cette malade. Mon élève Gardner a rassemblé quelques observations similaires (1). Je pense que la pyélonéphrite est la cause occasionnelle de la fistule ; le bassinet septique contamine les fils et provoque ainsi la contamination du tissu périrénal, d'où résulte la fistule.

Indications thérapeutiques. — Un grand nombre de malades gardent un rein mobile sans en souffrir, sans le savoir. On ne peut donc pas considérer la mobilité rénale en elle-même comme une indication opératoire. Au contraire, l'opération est d'indication relativement très exceptionnelle, et si, à une certaine époque, on a fait beaucoup de fixations du rein, actuellement la tendance générale parmi les chirurgiens est de se contenter le plus souvent du bandage et de restreindre l'opéra-

(1) F. Gardner, Fistules rénales consécutives à la néphropexie (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1905, p. 561).

tion à quelques cas très spéciaux, pour lesquels il semble qu'elle ait une sérieuse efficacité. Ces indications sont basées sur la *douleur*, sur la *dyspepsie* et sur la *neurasthénie*.

1° Douleur. — La douleur est une des meilleures indications de l'opération : c'est lorsque le rein mobile est douloureux que l'opération donne les résultats les plus favorables. D'après les statistiques publiées, lorsque la néphrorraphie s'adresse à la douleur seule, elle donne 88 p. 100 de guérisons définitives. La fixation du rein la fait disparaître en général complètement, et avec elle tous les phénomènes morbides qui lui sont inhérents. Les femmes reviennent à la santé, reprennent de l'embonpoint et peuvent vivre de la vie commune.

Avant de poser l'indication opératoire, on s'assurera que la douleur tient bien à la mobilité rénale et non à une autre cause, qu'elle se réveille par la station debout, et ne tient ni au foie, ni à l'appendice, ni à l'intestin.

2° Dyspepsie. — Les troubles dyspeptiques sont beaucoup moins heureusement modifiés par la

néphrorraphie ; on voit sous ce rapport des résultats extraordinaires et d'ailleurs contradictoires : certaines malades sont absolument transformées par l'opération ; leurs troubles digestifs disparaissent entièrement, alors que d'autres ne retirent de la néphropexie aucun bénéfice appréciable. J'ai opéré en 1901 une malade qui, depuis plusieurs années, était au régime lacté absolu ; elle ne pouvait supporter autre chose ; elle rendait tout ce qu'elle prenait. La néphrorraphie fut tentée, je le reconnais, en désespoir de cause ; or, cette malade a pu, de suite après l'opération, manger tout ce qu'elle voulait. Depuis, elle n'a jamais eu de vomissement, et sa santé est restée absolument florissante.

Par contre, j'ai vu des malades chez lesquels le résultat était tout autre, à tel point qu'on pouvait se demander si l'opération n'avait pas contribué à aggraver l'état de ces malades.

En réalité, ces contradictions ne sont qu'apparentes et s'expliquent : le rein mobile peut gêner mécaniquement la digestion, il entraîne la compression ou la déviation du pylore ou du gros intestin. Et, dans ce cas, la fixation du rein

remédie admirablement à ces accidents purement mécaniques : elle est absolument indiquée.

Mais il est aussi, au cours d'un rein mobile, des troubles digestifs qui relèvent de la maladie commune : entéroptose et neurasthénie. Et ceux-là ne peuvent être modifiés sérieusement par l'opération.

Malheureusement, il est difficile de distinguer cliniquement ces troubles mécaniques et dynamiques. On décide un peu au hasard, à l'aventure, et il arrive souvent qu'on tombe mal, d'où la large proportion des insuccès.

Ici donc, en présence d'une femme qui, atteinte d'un rein mobile non douloureux, est sujette à des troubles dyspeptiques, il faut y regarder à deux reprises avant de proposer l'opération ; il faut surtout voir dans quelle mesure la réduction du rein modifie les troubles dyspeptiques, et ne décider l'opération que pour les malades chez lesquelles on a cru remarquer que la réduction du rein calmait, atténuait un peu l'intensité des troubles digestifs.

3° Neurasthénie. — La forme neurasthénique du rein mobile est, de toutes, la plus mauvaise au

point de vue des résultats opératoires. Elle a donné 50 p. 100 de guérisons, 36 p. 100 d'insuccès complets, 14 p. 100 d'améliorations simples. Et encore serait-il juste d'ajouter à cette statistique quelques cas certains, indiscutables, d'aggravation.

Ici donc, encore, on fera preuve d'une grande prudence avant de poser l'indication de l'opération chez des malades neurasthéniques qui ont un rein mobile. Cette réserve est d'autant plus nécessaire que ces malades désespérées se raccrochent à toutes les branches et acceptent en général l'opération avec la plus vive satisfaction. Ce qui ne les empêche pas d'ailleurs de reporter ensuite à une défectuosité de l'opération toutes les misères dont elles ont à souffrir ultérieurement. Ce sont ces malades qui continuent à souffrir dans la matrice de topalgies imprécises, qui empoisonnent leur existence.

Cependant il n'est pas douteux que des malades ont été arrêtées sur la pente de la neurasthénie par une néphrorraphie faite à temps. Ce sont celles chez lesquelles la neurasthénie est secondaire, consécutive au rein mobile. Il y en a même qui,

atteintes d'hypocondrie avec mélancolie, ont été guéries par l'opération (Picqué) (1). C'est qu'alors la mélancolie est secondaire à l'hypocondrie : dans le cas contraire, l'opération ne donnerait aucun résultat et serait capable d'aggraver les troubles mentaux.

(1) Picqué, Ectopie rénale et psychopathie (*Progrès médical*. 20 mai 1905).

VIII. — REIN MOBILE COMPLIQUÉ.

Un mot du traitement du rein *mobile compliqué*.

Pendant la *crise d'hydronéphrose*, le cathétérisme de l'uretère est susceptible de procurer aux malades un soulagement immédiat et complet. En son absence, il convient de mettre les malades au repos, avec des enveloppements chauds et humides sur le côté ; au besoin, des piqûres de morphine permettront d'atteindre la fin de la crise. On a conseillé encore le relèvement du rein, sa réduction dans la fosse lombaire. Cette manœuvre serait en effet susceptible de redresser l'uretère, de rouvrir la communication interrompue et de terminer de suite la crise.

Mais cette manœuvre n'est pas aussi facile qu'on le croirait ; elle est très douloureuse, et les malades ne la peuvent toujours suppor-

ter, malgré toute la douceur de l'application.

Mais ce n'est là que le traitement de la crise, et, dès que celle-ci est terminée, c'est à la néphrorraphie qu'il faut avoir recours.

L'opération permet d'aborder le rein et de se rendre compte de la distension du rein et de la cause de l'hydronéphrose. Si le rein est peu distendu et le bassinet peu volumineux, la néphrorraphie simple suffit. Si au contraire le bassinet était à cheval sur une artère anormale, il serait nécessaire de supprimer cette artère, de manière à rétablir la perméabilité du bassinet.

Dans d'autres cas, il sera possible de libérer des adhérences, des brides qui coudent l'uretère et le fixent dans une position si anormale que la néphrorraphie seule ne serait nullement suffisante à guérir les malades.

Mais si, au contraire, la distension du rein était très considérable et sa valeur fonctionnelle partant très amoindrie, il serait impossible d'obtenir un retour à l'état normal ; il convient alors de pratiquer l'abouchement de l'uretère au bassinet : c'est l'*uretéro-pyélonéostomie*. Et cette opération est ainsi très préférable à la néphrectomie, qui reste

la dernière ressource dans le traitement de ces hydronéphroses compliquées.

En présence d'un rein mobile compliqué de *pyélonéphrite*, que convient-il de faire? En général, il faut attendre que la crise soit passée : à moins de circonstances exceptionnelles et particulièrement graves, la crise s'atténue seule. Sinon l'opération exposerait à la néphrectomie.

Mais, lorsque la crise est passée, la persistance de la suppuration est une indication à pratiquer la néphropexie pour relever le rein, redresser l'uretère et éviter le retour des crises aiguës.

TABLE DES MATIÈRES

I. — Le Rein mobile 5

Éléments de fixation 5

Vaisseaux 6
Péritoine 6
Fascia périrénal 7

II. — Les Lésions 15

Péritoine 16
Graisse périrénale 16

III. — Les Causes 22

1. — Causes du rein mobile 23

Grossesse 23
Affaiblissement de la musculature de l'abdomen 24
Corset 25
Hérédité 25

2. — Causes de la prédilection chez la femme 28
3. — Raisons de localisation a droite 29

IV. — Clinique 31

1° Douleurs 31
2° Troubles digestifs 34
3° Troubles neurasthéniques 35

V. — Diagnostic 38

1. — Constatation de la mobilité du rein 38

1° Ballottement rénal de Guyon 38
2° Palper néphroleptique de Glénard 41
3° Palper d'Israël 43

2. — Établir la relation entre la douleur et la mobilité rénale 47

VI. — Complications 50
Appendicite et rein mobile 50
Hématurie 53
Néoplasme 55
Tuberculose 55
Infection non spécifique 55
Hydronéphrose 57
Pathogénie 60

VII. — Traitement 72
Bandage 72
Massage 74
Opération 74
Technique, 75. — Autres procédés, 82. — Suites opératoires, 84. — Indications thérapeutiques. 86

VIII. — Rein mobile compliqué 92

7840-06. — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE & FILS
19, RUE HAUTEFEUILLE, PARIS

Les Actualités Médicales

Collection de volumes in-16 de 96 pages, avec figures, cartonnés

à 1 fr. 50

Souscription à 12 Actualités cartonnées..... **16** fr.

Il paraît environ 12 volumes par an.

Le succès a consacré la valeur et l'utilité des ***ACTUALITÉS MÉDICALES***, puisque déjà quatre volumes sont *entièrement épuisés* et six autres sont arrivés à leur *deuxième édition;* et que ces deuxièmes éditions sont des œuvres réellement nouvelles, de nouvelles *actualités*. A côté des livres classiques, des traités didactiques, il y a place pour une collection de monographies destinées à exposer les idées nouvelles, les faits nouveaux, à compléter tous les traités de médecine, de bactériologie, de thérapeutique, de chirurgie et à les mettre au courant des progrès des sciences médicales.

Dès qu'une question est à l'ordre du jour, une monographie, destinée à la résumer et à la mettre au point, est aussitôt publiée.

Chaque question est traitée par celui qui l'a étudiée, ou par un auteur dont le nom fait autorité. On s'attache particulièrement au côté pratique : de telle façon que les étudiants, pour leurs examens; les candidats. pour les concours; les praticiens, pour l'exercice journalier de leur profession, trouvent dans cette collection ce qui leur est indispensable.

Le *choléra*, dont il est tant question, a été traité par MM. Chantemesse et Borel dont la compétence est indiscutable.

L'*Appendicite*, par le Dr Aug. Broca et le *Diagnostic de l'appendicite*, par le Dr Auvray sont des questions toujours à l'ordre du jour à l'Académie de Médecine et à la Société de Chirurgie.

Les *Maladies du Cuir chevelu*, du Dr Gastou, traitent une question toujours en cause à la *Société de Dermatologie*. Les

Rayons de Röntgen reçoivent chaque jour de nouvelles applications en médecine et en chirurgie. Les monographies du Dr Béclère, médecin des hôpitaux, le promoteur de la radiographie et de la radioscopie dans les services hospitaliers de Paris, vulgarisent cette précieuse découverte.

Les nouveaux procédés de diagnostic : le *Cytodiagnostic*, par Marcel Labbé; la *Technique de l'exploration du tube digestif, examen des fèces* (Gaultier); le *Cloisonnement vésical*, par Cathelin; les nouvelles méthodes de traitement : la *Trachéobronchoscopie* et l'*Œsophagoscopie* (Guisez); les *Médications préventives* (Nattan-Larrier); le *Traitement chirurgical des néphrites médicales* (Pousson); les *Traitements des entérites;* les nouvelles recherches bactériologiques sur la *Diphtérie*, le *Rhumatisme*, le *Pneumocoque*, le *Tétanos*, l'étude des *Oxydations de l'organisme*; la question si intéressante pour le praticien, des *Accidents du travail*, par le Dr G. Brouardel (2e édition); les nouveaux traitements du *Diabète* (2e édition), de la *Goutte*, de la *Syphilis* (2e édition), des *Névralgies*, de la *Surdité*, voilà autant d'actualités qui ont pris place dans la collection.

Les noms de Chantemesse, Lépine, Teissier, Galliard, Courmont, Broca, Auvray, Apert, Mosny, Collet, Enriquez, Sicard, Garel, Marcel Labbé, Barbier, Bordier, Pousson, pour ne citer que quelques auteurs des ***ACTUALITÉS MÉDICALES***, sont connus de tous les médecins, tant en France qu'à l'étranger; ils ont tous une haute compétence pour les sujets qu'ils traitent.

Toutes les fois que le sujet le comporte, des *figures originales* sont intercalées dans le texte : la plupart des ***ACTUALITÉS MÉDICALES*** sont illustrées (*35 Actualités* sur *59* sont *illustrées*).

Pour répandre les progrès journaliers des sciences médicales, il était nécessaire de condenser les Actualités en de petits volumes, d'un format portatif, revêtus d'un élégant cartonnage (qui supprime la nécessité de couper les pages et évite la dépense d'une reliure), et, cependant, d'un prix très modique.

DERNIERS VOLUMES PARUS :

Technique de l'Exploration du Tube digestif, par Gaultier.

Les Complications du Diabète, par Lépine.

Mouches et Choléra, par Chantemesse et Borel.

EN PRÉPARATION :

La Déchloruration, par Widal et Javal.

Traitement des Anémies, par Vaquez et Aubertin.

L'Obésité, par Lenoir.

Les Maladies du Cuir chevelu, *prophylaxie et traitement,* par le Dr GASTOU, assistant à l'hôpital Saint-Louis. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages, 19 figures, cart..... **1 fr. 50**

Le but de ce livre est de donner un aperçu des maladies du cuir chevelu, d'en décrire l'hygiène, la prophylaxie et le traitement, en basant sur les données scientifiques cette étude pratique. Un formulaire cosmétique (lotions et frictions, pommades, huiles, brillantines, teintures) complète l'ouvrage. La pelade, les teignes, certaines folliculites pyogènes peuvent être transmissibles et créer des épidémies. Leur connaissance doit être vulgarisée dans l'intérêt de la prophylaxie sociale.

Les Dilatations de l'Estomac, par le Dr M. SOUPAULT, médecin des hôpitaux de Paris. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages et 4 figures, cartonné..... **1 fr. 50**

M. Soupault étudie d'abord les symptômes communs à toutes les dilatations, puis leur étiologie et leur pathogénie : dilatations d'origine pylorique, dilatations de cause extrinsèque, dilatations par insuffisance de la contraction des parois gastriques. Le traitement qui intéresse surtout le praticien, comprend la moitié du volume : prescriptions d'hygiène ou de régime qui concernent toutes les variétés de dilatations ; traitement spécial des dilatations d'origine pylorique et des dilatations par insuffisance.

L'Appendicite, *Formes et Traitement,* par le Dr Aug. BROCA, agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon. 1900. 1 vol. in-16, 96 pages, 8 figures, cart. **1 fr. 50**

Montrer qu'il y a des formes diverses d'appendicite auxquelles ne saurait convenir toujours la même indication thérapeutique, voilà le but que se propose M. Broca. Le traitement varie dans ses indications et dans sa technique, selon la forme de la lésion.

Il expose les désaccords entre les *partisans* du traitement médical, les *radicaux*, qui opèrent toujours et de suite, et les *temporisateurs* (Roux, Brun, Jalaguier et Broca), qui, tout en disant : « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite », ne veulent pas opérer toujours et de suite. Il examine les détails relatifs au traitement chirurgical, et il décrit le manuel opératoire *type*, en quelques pages remarquables de précision.

Diagnostic de l'Appendicite, par le Dr M. AUVRAY, agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1904. 1 vol. in-16, 96 pages, cartonné..... **1 fr. 50**

On s'est moins préoccupé dans ces dernières années du diagnostic de l'appendicite que de son traitement, malgré tout l'intérêt qui s'attache à cette question clinique trop négligée dans la plupart des livres classiques. A lire nombre d'auteurs, il semblerait en effet que le diagnostic de l'appendicite ne présente pas de sérieuses difficultés, et cependant il suffit de parcourir les bulletins de nos sociétés savantes pour voir combien d'erreurs pourraient être relevées, qui ont été commises par des cliniciens du plus grand mérite. Il a semblé qu'une étude complète du diagnostic de l'appendicite ne serait pas sans intérêt.

Les Rayons de Röntgen et le Diagnostic de la Tuberculose, par le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages et 9 figures, cartonné..... 1 fr. 50

M. Béclère montre d'abord ce que donne la radiographie d'un thorax normal ; les poumons sont transparents. Il examine les cas de diagnostic de tuberculose : la tuberculose latente, soupçonnée par une diminution de la transparence ; le diagnostic de la tuberculose latente, alors qu'aucun symptôme n'existe, peut avoir une importance immense. Viennent ensuite la tuberculose douteuse que confirme la radiographie, la tuberculose certaine où les rayons de Röntgen ne servent plus qu'à délimiter le mal ; M. Béclère termine cette étude par la différenciation de la tuberculose avec les maladies simulant la tuberculose.

Les Rayons de Röntgen et le Diagnostic des affections thoraciques non tuberculeuses, par A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1901. 1 vol. in-16, 96 pages, 10 figures, cartonné..... 1 fr. 50

Les renseignements donnés par l'oreille et la main (auscultation, percussion) pourront désormais être contrôlés par les yeux qui permettront de se rendre compte de la situation, de la forme, du volume de chaque organe. L'examen radioscopique et la radiographie doivent compter au nombre des modes d'exploration pour le diagnostic des affections du médiastin, des maladies des poumons (emphysème, sclérose, bronchites), et des plèvres, du diaphragme et des côtes.

Les Rayons de Röntgen et le Diagnostic des maladies internes, par le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1904. 1 vol. in-16, 96 pages et figures, cartonné..... 1 fr. 50

« L'emploi des rayons de Röntgen, qui rendait au chirurgien de si grands services, est devenu tout aussi précieux pour le médecin. »

L'emploi médical des rayons de Röntgen comme instrument de diagnostic s'applique soit au squelette et aux autres éléments de l'appareil locomoteur, soit aux organes splanchniques.

Aux diverses cavités splanchniques, aux cavités cranienne, rachidienne, thoracique et abdominale, correspondent autant de divisions d'une importance très inégale et qui ne relèvent pas de la même technique.

La Radiographie et la Radioscopie cliniques, par le Dr Régnier, chef du Laboratoire de radioscopie à la Charité. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages et 11 fig., cart. 1 fr. 50

L'auteur décrit le mode de production des rayons X, le matériel nécessaire, la technique de la radioscopie et de la radiographie. Puis il en indique les applications médicales et chirurgicales, en indiquant, à propos de chaque région, le *modus faciendi* et les causes d'insuccès.

Technique de l'Exploration du Tube digestif, par le Dr GAULTIER, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec 13 fig., cart.. **1 fr. 50**

On trouvera dans cette *Actualité* les *méthodes d'exploration clinique* de l'estomac et de l'intestin, les *méthodes de laboratoire* relatives à l'exploration des maladies du tube digestif, c'est-à-dire l'*analyse du suc gastrique* et l'*examen des fèces*. Le premier est de pratique courante.

Le second, la *coprologie clinique*, branche d'une science pour ainsi dire nouvelle en France, a acquis une importance suffisante pour qu'on ait le droit de lui donner la place qu'elle mérite à côté des autres méthodes scientifiques qui viennent en aide au diagnostic.

Les Traitements des Entérites, par le Dr M. JOUAUST. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné. **1 fr. 50**

Les régimes alimentaires sont tout d'abord longuement passés en revue. Viennent ensuite les traitements médicamenteux contre la constipation ou la diarrhée, et contre le spasme et la douleur ; puis les traitements par les agents physiques (lavages, hydrothérapie, massage, ceinture), enfin le traitement chirurgical.

Les chapitres suivants traitent de la psychothérapie, de l'isolement et des cures d'air, puis des stations thermales françaises et étrangères, enfin de l'électrothérapie.

Trachéobronchoscopie et Œsophagoscopie, par le Dr GUISEZ, ancien interne et assistant adjoint d'otologie des hôpitaux de Paris, chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. 1905. 1 vol. in-16, 96 pages et 20 figures, cartonné..... **1 fr. 50**

Le Dr Guisez a pratiqué pour la première fois en France, en novembre 1903, une laryngotrachéoscopie dans le service de son maître, le Dr Lermoyez.

C'est une méthode toute nouvelle qui rendra d'importants services et qui fera bientôt partie de la pratique journalière du praticien. Il était donc nécessaire d'exposer en une *actualité* sa technique et ses résultats. Nul n'était mieux désigné pour cela que le Dr Guisez.

Voici les principaux chapitres : Instrumentation, Technique de l'œsophagoscopie, Indications de l'œsophagoscopie, Technique de la laryngo-trachéobronchoscopie, Indications et résultats de la trachéobronchoscopie, Contre-indications de l'œsophagoscopie et de la bronchoscopie.

La Démence précoce, par le Dr G. DENY, médecin de la Salpêtrière et P. ROY, interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 96 pages avec 11 photographies, cartonné. **1 fr. 50**

MM. Deny et Roy croient que, malgré le polymorphisme de ses symptômes, la démence précoce constitue une affection autonome, à évolution spéciale, qui doit être détachée du bloc des psychoses de *dégénérescence*.

Le Tétanos, par les Drs J. Courmont et M. Doyon, professeur et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages, avec figures, cart. 1 fr. 50

Les auteurs étudient le *poison tétanique*, le *tétanos expérimental par injection de toxine tétanique*, le *mode d'action de la toxine*, la *localisation des effets de la toxine*, les *lésions nerveuses chez les tétaniques*.

Un chapitre est consacré au diagnostic et au pronostic, et l'ouvrage se termine par le traitement au sérum antitétanique.

« Il y a dix ans, disent les auteurs, en terminant, aucune ligne de ce livre n'aurait pu être écrite. »

« Combien d'idées nouvelles et de faits intéressants sont exposés dans le livre de MM. Courmont et Doyon. L'ouvrage est écrit d'une façon claire et attachante. Nous ne saurions trop en recommander la lecture à ceux qui s'intéressent aux conquêtes de la science moderne. » (*La Presse médicale.*)

Le Rhumatisme articulaire aigu *en bactériologie,* par les Drs H. Triboulet, médecin des hôpitaux de Paris, et A. Coyon, ancien interne des hôpitaux. 1900. 1 vol. in-16, 96 pages, avec figures, cartonné..... 1 fr. 50

L'infection secondaire est vraisemblablement la seule raison d'être des différences cliniques qui s'observent dans l'évolution des polyarthrites fébriles aiguës, à début souvent identique. Cette infection, la bactériologie la révèle par la présence de germes variés : bacille d'Achalme, diplococcus et quelquefois staphylocoques qui font les complications viscérales. Les auteurs attirent l'attention sur un diplococcus, hôte du tractus gastro-intestinal, qui peut passer dans le sang et donner lieu à des phénomènes de septicémie, parmi lesquels l'endocardite dite rhumatismale.

Le Pneumocoque, par Lippmann, interne des hôpitaux de Paris. Introduction par le Dr Duflocq, médecin des hôpitaux de Paris. 1900. 1 vol. in-16, 96 p. et fig., cart. 1 fr. 50

Le temps n'est plus où l'on reconnaissait au pneumocoque le *seul droit* de *faire* de la pneumonie. Nous savons que ce genre peut déterminer les localisations les plus diverses. Nous savons aussi que chacune de ces localisations nécessite une thérapeutique spéciale, basée sur un diagnostic bactériologique *exact.* D'où l'intérêt de l'excellente monographie de M. Lippmann, où il étudie le genre pneumocoque, les pneumococcies expérimentales et les pneumococcies humaines.

Les Oxydations de l'Organisme (oxydases), par E. Enriquez et J.-A. Sicard, médecins des hôpitaux de Paris. 1902. 1 vol. in-16, 96 pages, cartonné..... 1 fr. 50

Après quelques généralités sur les ferments solubles et sur l'importance des ferments oxydants, les auteurs exposent les méthodes employées pour la recherche de ces ferments oxydants directs et indirects. Puis, ils indiquent la recherche des oxydases dans les tissus et les humeurs de l'homme, par les réactifs colorants, et surtout au moyen de l'aldéhyde salicylique et de la mensuration des gaz absorbés et produits.

Les États neurasthéniques, *formes cliniques, diagnostic, traitement,* par GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, 2e *édition.* 1900. 1 vol. in-16, 96 p., cart.. **1 fr. 50**

Mise au point très intéressante de cette question toute d'actualité. La neurasthénie n'est pas une maladie, une entité morbide, c'est un état ou plutôt une réunion d'états qu'il faut savoir différencier.

Voici les principaux chapitres :

La neurasthénie vraie. — La neurasthénie héréditaire et constitutionnelle. — L'association hystéro-neurasthénique. — Traitement des états neurasthéniques. — Traitement de l'association hystéro-neurasthénique.

Les Myélites syphilitiques, *formes cliniques et traitement,* par GILLES DE LA TOURETTE, agrégé à la Faculté de Paris, 1899. 1 vol. in-16, 92 pages, cartonné.... **1 fr. 50**

La question des *Myélites syphilitiques* est une question pratique au premier chef, car la moitié des affections médullaires ont la syphilis pour cause.

Les formes cliniques de la syphilis médullaire sont nombreuses :

Mal de Pott syphilitique, gommes intravertébrales, myélites proprement dites, syphilis maligne précoce du système nerveux, myélites aiguës et chroniques et myélites à formes irrégulières.

Le Traitement pratique de l'Epilepsie, par GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 1901. 1 vol. in-16, 96 pages, cartonné..... **1 fr. 50**

L'épilepsie est justiciable des sels de bromure ; c'est le meilleur, sinon le seul traitement à mettre en œuvre. Mais il faut savoir administrer les sels de bromure ; il faut n'en donner ni trop, ni trop peu ; la dose qui guérit, la dose suffisante de bromure s'établit sur certain signe physique fourni par les pupilles.

L'hygiène des épileptiques fait l'objet d'un chapitre. Puis viennent les adjuvants de la cure bromurée, le traitement des accès, le traitement de quelques variétés d'épilepsie, etc.

Le Traitement des Névralgies et des Névrites, par le Dr H.-F. PLICQUE, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart. **1 fr. 50**

L'auteur passe en revue les *indications thérapeutiques fournies par l'étiologie* : syphilis, paludisme, anémies, névroses, diabète, goutte, intoxications, etc., puis les *indications symptomatiques* en général. Le *traitement de la douleur* est longuement étudié : traitement externe par la révulsion, le chlorure de méthyle, le stypage, l'électricité, le massage, etc. ; — traitement interne par l'opium, la morphine, l'aconit, la belladone, le gelsémium, l'antipyrine, la cocaïne, etc. ; — traitement thermal. — Le *traitement de l'insomnie* vient ensuite.

Les chapitres suivants sont consacrés à la *névralgie faciale* et au tic douloureux de la face, puis aux névralgies du membre inférieur et à la *sciatique*, aux névralgies et névrites des divers nerfs, à la *migraine.*

Chirurgie intestinale d'urgence, par le Dr A. Mouchet, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. 1903. 1 vol. in-16, 96 pages et 23 fig., cart. 1 fr. 50

L'auteur passe successivement en revue les contusions et les plaies de l'abdomen, l'occlusion intestinale, l'appendicite, l'imperforation anorectale, l'étranglement hémorroïdaire, les hernies étranglées et les hernies gangrenées. — Pour chaque maladie, les indications opératoires sont tout d'abord exposées avec précision et clarté. Puis la technique opératoire est décrite, d'après les travaux les plus récents, et illustrée de nombreuses figures originales intercalées dans le texte.

Chirurgie nerveuse d'urgence, par le Dr A. Chipault. 1904. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart..... 1 fr. 50

Chirurgie de diagnostics patients d'interventions longuement calculées dans la plupart des cas, la chirurgie du système nerveux n'en doit pas moins être parfois une chirurgie d'urgence, c'est-à-dire une chirurgie dont les indications demandent à être saisies et remplies par tous.

Le volume de M. Chipault a pour but de délimiter le domaine dans lequel doit s'exercer cette activé hâtive, et de l'y guider ; c'est une étude claire et pratique.

Le Canal vagino-péritonéal, *Diagnostic et traitement de la hernie inguinale et des hydrocèles congénitales, de l'ectopie testiculaire,* par le Dr P. Villemin, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1904. 1 vol. in-16 de 96 pages, 17 figures, cartonné..... 1 fr. 50

Le canal vagino-péritonéal reste perméable : c'est, à échéance variable, l'apparition de la hernie inguinale congénitale, de l'hydrocèle communicante ; le canal vagino-péritonéal est en partie oblitéré : c'est l'hydrocèle enkystée du cordon et la hernie funiculaire ; le canal vagino-péritonéal est imparfaitement descendu : c'est l'ectopie avec la hernie presque obligatoire. Au point de vue clinique, c'est toujours une tumeur siégeant au niveau du cordon, et dans laquelle il faudra trouver les caractères propres à en déterminer la nature. Enfin, l'idée directrice de toute thérapeutique découle de la présence d'un sac péritonéal contenant, ou appelé à contenir une anse herniée ; c'est la cure radicale qui s'impose.

La Gastrostomie, par le Dr J. Braquehaye, agrégé à la Faculté de Bordeaux, chirurgien de l'hôpital de Tunis. 1900. 1 vol. in-16 de 96 pages et figures, cartonné..... 1 fr. 50

L'auteur décrit d'abord la gastrostomie simple, schématique, puis il passe en revue les 24 procédés actuels des chirurgiens français et étrangers. Il parle ensuite des soins consécutifs à l'opération, du traitement des accidents immédiats et des résultats cliniques.

Chirurgie des Voies biliaires, par le Dr Pauchet, chirurgien des hôpitaux d'Amiens. 1900. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec figures, cartonné..... 1 fr. 50

Qu'il s'agisse de faire disparaître des accès répétés de coliques hépatiques, de lever un obstacle au cours de la bile chez un sujet ictérique, ou de drainer la vésicule chez un malade atteint d'une affection de l'arbre biliaire, les indications opératoires sont multiples.

Les Rayons N et les Rayons N′, par le Dr Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1905. 1 vol. in-16 de 95 pages et 16 figures, cart... 1 fr. 50

Les découvertes de MM. Blondlot et Charpentier ont passionné et passionnent encore les esprits; or, jusqu'à présent, ce n'est que dans les journaux ou dans des articles séparés peu détaillés qu'ont dû puiser ceux qu'intéresse cette question.

M. Bordier a rassemblé dans cette *Actualité médicale* tout ce qui a été publié sur les rayons N ; il l'a ordonné aussi méthodiquement que possible, avec la clarté, la précision et la compétence dont il a déjà fait preuve dans ses autres publications.

Traitement chirurgical des Néphrites médicales, par le Dr A. Pousson, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1904. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné..... 1 fr. 50

Le traitement chirurgical des néphrites médicales a tout d'abord provoqué la méfiance des médecins ; cependant les résultats obtenus dans les néphrites infectieuses aiguës et dans les néphrites chroniques ont fini par forcer leur attention ; cette question a suscité dans ces derniers temps des expériences fort intéressantes et soulevé des discussions de la part des cliniciens les plus compétents. Etude clinique des interventions chirurgicales dans les néphrites médicales, résultats immédiats et éloignés, indications et contre-indications opératoires, traitement des douleurs, des hématuries et des accidents urémiques, telles sont les questions traitées dans ce livre.

Radiothérapie et Photothérapie, par le Dr L.-R. Régnier, chef du Laboratoire d'électrothérapie de l'hôpital de La Charité. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages et fig., cartonné..... 1 fr. 50

Le Dr Régnier étudie l'héliothérapie et l'électro-photothérapie; il décrit les appareils inventés pour les bains de lumière artificielle et leurs effets physiologiques. Puis il passe aux indications thérapeutiques de la photothérapie et de la radiothérapie; et à leur utilisation dans les maladies de la nutrition, des organes respiratoires et dans les affections génito-urinaires; il étudie l'action de la lumière froide, de la lumière colorée et des rayons actiniques dans les maladies nerveuses, les fièvres éruptives et le lupus. Il termine par l'étude de la radiothérapie.

La Mécanothérapie, *Application du mouvement à la Cure des maladies*, par le Dr L.-R. Régnier. 1901. 1 vol. in-16, de 92 pages avec figures, cartonné..... 1 fr. 50

L'auteur passe d'abord en revue les appareils employés : appareils à mouvements actifs et à mouvements passifs, appareils électriques pour le massage vibratoire et appareils d'orthopédie. Puis il fait connaître les effets thérapeutiques de la mécanothérapie, ses indications et ses contre-indications dans les diverses maladies.

Les Auto-Intoxications de la Grossesse,

par le Dr Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux de Paris. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages, cartonné..... **1 fr. 50**

L'organisme sain est une fabrique de poisons, et le fonctionnement normal de cet organisme est toujours sous la dépendance de l'intégrité de certains organes qui le défendent contre ses ennemis du dedans.

M. Bouffe de Saint-Blaise s'inspirant des idées de son maître, M. Pinard, pense que, pendant la grossesse, la femme doit avoir à lutter d'une façon particulière, l'équilibre de ses fonctions pouvant se rompre plus aisément.

Il attribue à une intoxication spéciale à la grossesse certains troubles, de même que les accès éclamptiques.

Cancer et Tuberculose,

par le Dr H. Claude, médecin des hôpitaux. 1900. 1 vol. in-16, 96 pages et figures, cartonné..... **1 fr. 50**

L'auteur traite successivement du cancer développé sur une lésion tuberculeuse préexistante, des diverses formes d'association du cancer et de la tuberculose, de l'infection tuberculeuse compliquant un néoplasme, enfin des relations pathogéniques générales du cancer et de la tuberculose.

L'évolution, le pronostic et le traitement de ces néoplasmes mixtes, peuvent être différents de ceux des lésions simples.

Les Régénérations d'Organes,

par le Dr P. Carnot, docteur ès sciences, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages, 14 fig., cart.... **1 fr. 50**

Après avoir distingué la *régénération physiologique* de la *régénération accidentelle* ou *traumatique* et de la *régénération pathologique*, l'auteur expose le *mécanisme de la régénération* et le *processus de régénération* des différents tissus.

Il étudie ensuite les *régénérations épithéliales*, les *régénérations du système nerveux*, des *surfaces épidermiques*, des *muqueuses* et des *organes glandulaires*. C'est un livre où la pratique suit de près la théorie ; l'auteur a eu en vue les applications thérapeutiques.

La Psychologie du Rêve *au point de vue médical*,

par N. Vaschide, chef des travaux du laboratoire de psychologie expérimentale des Hautes Etudes, et H. Piéron. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart..... **1 fr. 50**

Il y a dans le rêve une source précieuse de renseignements sur notre état psychologique et sur notre état physiologique le plus intime ; il faut que le médecin s'habitue à cette investigation comme aux autres.

C'est la pathologie nerveuse qui est la plus intéressée à connaître l'état du rêve; mais la pathologie générale ne doit pas négliger les signes fournis de ce côté. Le rêve a une importance dans les maladies infectieuses, intestinales, cardiaques, pulmonaires.

Le Cloisonnement vésical et la division des urines. *Applications au diagnostic des lésions rénales*, par le Dr CATHELIN, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. 1903. 1 vol. in-16 de 96 p., avec 23 fig., cart. **1 fr. 50**

Les méthodes physique, chimique et d'absorption médicamenteuse ont ceci d'imparfait qu'elles ne donnent qu'un résultat global, ne s'adressant qu'à l'urine mixte. L'injection de bleu de méthylène, la cryoscopie, les examens microscopiques et chimiques sont tous bons, mais à une condition, *capitale en l'espèce*, c'est de les appliquer sur une urine divisée, car un rein cliniquement malade peut, en effet, être physiologiquement meilleur que le rein supposé sain, d'où les erreurs d'interprétation basées sur l'examen de l'urine totale.

Moustiques et Fièvre jaune, par A. CHANTEMESSE, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, et F. BOREL, directeur de la 2e Circonscription sanitaire maritime. 1 vol. in-16 de 96 pages avec figures, cart.. **1 fr. 50**

La fièvre jaune provient de la piqûre du *Stegomya fasciata* : elle ne peut s'étendre que là où il existe et trouve des conditions favorables à son développement. Encore faut-il que ce *Stegomya* ait lui-même sucé le sang d'un malade atteint de fièvre jaune. A l'aide de ces données très simples, les auteurs ont indiqué les mesures prophylactiques à prendre pour se préserver de toute contagion.

Mouches et Choléra, par CHANTEMESSE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des services sanitaires, et BOREL, directeur de la 2e Circonscription sanitaire maritime. 1906. 1 vol. in-16 de 96 pages avec carte et graphique, cartonné..... **1 fr. 50**

Le choléra est en Europe. Il est donc tout d'actualité d'indiquer comment se fait la marche de l'épidémie et quelles sont les mesures prophylactiques qui peuvent permettre de se préserver de la contagion.

Voici les principaux chapitres : Les grandes incursions du choléra indien. — Le choléra de 1899 à 1905. — Les modes d'extension du choléra indien. — Mouches et choléra. — Prophylaxie du choléra (internationale, nationale, urbaine, individuelle, autour du malade. — Le passé et l'avenir du choléra.

Les Enfants retardataires (*arrêts de la croissance et troubles du développement*), par le Dr E. APERT, médecin des hôpitaux de Paris. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec figures, cartonné..... **1 fr. 50**

Le Dr Apert s'appuyant à la fois sur les cas publiés çà et là et sur les observations personnelles, il passe en revue les différents types nosologiques qui peuvent résulter des arrêts de développement, leur évolution, leur anatomie pathologique ; il montre l'utilité de l'étude anthropométrique et radiographique de ces sujets au point de vue du pronostic ; enfin, dans le dernier chapitre, consacré à la pathogénie et au traitement pathogénique, il donne la conclusion pratique et fournit au médecin les éléments d'une thérapeutique rationnelle.

La Diphtérie, *recherches bactériologiques et cliniques, prophylaxie et traitement,* par les Drs H. Barbier, médecin de l'hôpital Hérold, et G. Ulmann, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages, 7 figures, cart..... 1 fr. 50

Appelés l'un et l'autre à diriger pendant plusieurs mois un service de diphtérie à l'hôpital Trousseau, les auteurs ont consigné dans ce volume les faits nouveaux qu'ils ont pu constater dans l'étude de cette maladie.

1° Au point de vue bactériologique, ils ont établi que seul le bacille long, touffu, était le vrai bacille de la diphtérie.

2° Au point de vue clinique, ils ont distingué les diphtéries pures des diphtéries associées.

3° Au point de vue thérapeutique, ils ont montré que le sérum antidiphtérique, tout puissant contre la diphtérie pure, est inefficace contre la diphtérie associée, qui, elle, relève de la médication antiseptique.

La Grippe, par le Dr L. Galliard, médecin de l'hôpital St-Antoine. 1898. 1 vol. in-16, 96 pages, 7 fig., cart. 1 fr. 50

M. Galliard fait une histoire de la grippe, à la fois très documentée et facile à lire. Voici les principaux chapitres :

Une épidémie. — Le microbe. — Les symptômes. — Les modalités cliniques. — Les complications. — Le traitement. — La prophylaxie.

Traitement de la Syphilis, par le Dr Emery, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. Préface de M. le professeur Fournier. 1905. 1 vol. in-16, 96 pages, cart. 1 fr. 50

Voici le titre des principaux chapitres : Hygiène du syphilitique, prophylaxie. — Traitement mercuriel : action préventive, accidents et inconvénients ; modes d'administration (frictions, méthodes cutanées, accessoires, ingestion, injections), avantages et inconvénients, choix du mode d'administration. — Traitement ioduré : traitement général et traitement local des manifestations cutanées et muqueuses. — Médications auxiliaires. — Traitement de la syphilis infantile.

M. le professeur Fournier le juge ainsi dans sa préface : « Ce petit volume sera utile aux praticiens et aux élèves qui, les uns, ont déjà trop à faire et les autres trop à apprendre pour lire les gros volumes consacrés au traitement de la syphilis. »

Le Traitement de la Constipation, par le Dr Froussard, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface par le Dr Soupault, médecin des hôpitaux. 1903. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné..... 1 fr. 50

L'auteur se basant sur les formes cliniques et les causes variées de la constipation, en montre la grande diversité d'origine, le mécanisme variable, et déduit un traitement méthodique et rationnel. Ce petit traité de la constipation répond aux tendances actuelles de la clinique de la thérapeutique qui a pour but la recherche et la guérison des causes des maladies par l'hygiène plutôt que par les médicaments.

Les Médications reconstituantes. La Médication phosphorée (*Glycérophosphates, Lécithines, Nucléines*), par Henri LABBÉ, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. 1904. 1 vol. in-16 de 96 p., cart. **1 fr. 50**

On trouvera ici les seuls développements techniques et chimiques indispensables à la connaissance des processus biologiques dont les corps phosphorés sont les termes actifs et aussi à la diagnose et à la caractérisation pratique de ces mêmes corps.

L'exposé des applications thérapeutiques des substances phosphorées est aussi complet que l'a permis l'état actuel des connaissances. Un dernier chapitre rappelle la posologie générale de toute la médication phosphorée. Le praticien et le pharmacien y trouveront d'utiles renseignements, leur permettant de reconnaître la falsification ou la fraude, si fréquentes dans la préparation de ces composés.

La Médication surrénale, par les Drs R. OPPENHEIM et M. LŒPER, anciens internes des hôpitaux de Paris. 1904. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart..... **1 fr. 50**

Les auteurs étudient successivement : les Extraits capsulaires dans la médecine expérimentale ; la Posologie ; la Médication cardio-tonique ; la Médication hémostatique et antiphlogistique ; la Médication anesthésique ; la Médication surrénale dans les maladies nerveuses et les maladies de la nutrition ; la Médication surrénale dans les maladies infectieuses et dans les intoxications ; la Médication surrénale dans la maladie d'Addison.

Les Médications préventives ; sérothérapie et bactériothérapie, par le Dr NATTAN-LARRIER, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. 1905. 1 vol. in-16, 96 pages, cartonné..... **1 fr. 50**

La bactériothérapie et la sérothérapie permettent de mettre en pratique le précepte : « Prévenir est plus facile que guérir. »

L'habitude d'employer les injections préventives pour éviter la diphtérie, le tétanos, le choléra, les infections à streptocoque, la peste, la fièvre jaune se répand chaque jour davantage.

Aussi, ce livre vient à son heure pour exposer la technique à suivre, les indications et les résultats des diverses médications préventives.

Le Traitement de la Surdité, *Prophylaxie et Hygiène*, par le Dr CHAVANNE, médecin de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon. 1905. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné..... **1 fr. 50**

Il arrive bien souvent que l'on ne s'inquiète de la surdité qu'à un moment où elle est devenue incurable. Le nombre des sourds diminuerait si on soignait au début les affections dont l'évolution amène ou prépare la surdité. Le Dr Chavanne fait un exposé très clair et très pratique où le médecin praticien trouvera des indications utiles qui lui permettront de rendre souvent service à ses malades.

Le Cytodiagnostic, les méthodes d'examen des sérosités pathologiques et du liquide céphalo-rachidien, par le Dr Marcel LABBÉ, agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris. 1904. 1 vol. in-16, 96 p., cart. **1 fr. 50**

L'examen des sérosités pathologiques a fait, dans ces dernières années, de très grands progrès. Les précautions antiseptiques ont rendu inoffensives les *ponctions exploratrices* faites dans les séreuses, de sorte que ces interventions sont aujourd'hui pratiquées non plus seulement dans un but thérapeutique, mais dans une intention diagnostique.

La *ponction lombaire* a, au point de vue diagnostique, une grande valeur en permettant d'étudier chez l'individu vivant les infections et les réactions organiques qui se passent au sein du système nerveux. Après avoir traité de l'examen des sérosités pathologiques, M. Labbé expose la technique et les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire.

Le Sang, par le Dr Marcel LABBÉ, médecin des hôpitaux de Paris. 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages et fig., cart. **1 fr. 50**

M. Labbé expose l'orientation nouvelle donnée aux recherches et aux études sur le sang ; les principes de la technique qui a présidé à ces recherches ; enfin, les résultats généraux obtenus.

Voici les trois grandes divisions du livre : 1° Importance du rôle que joue dans l'organisme le sang. 2° Composition du sang. Équilibre physiologique de cette composition. Modifications apportées à cet équilibre par les états pathologiques. 3° Processus qui président à la naissance et à la mort du sang.

La Protection de la Santé publique. *Loi et Commentaires de la Loi et des Règlements d'administration,* par le Dr MOSNY, médecin des hôpitaux de Paris. 1904. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart. . . . . **1 fr. 50**

La France était, jusqu'à ces derniers temps, la seule des nations civilisées qui ne possédât pas de législation sanitaire. Elle en possède une depuis le 15 février 1902. La présente étude critique n'est pas un commentaire juridique de cette loi. L'auteur se place uniquement au point de vue de l'hygiène sociale. Il ne suit donc pas le texte de la loi, mais passe en revue les quelques questions d'hygiène sociale plus particulièrement envisagées et résolues par la loi.

L'auteur étudie tour à tour : 1° Le règlement sanitaire communal ; 2° l'assainissement communal ; 3° la salubrité des immeubles ; 4° la prophylaxie des maladies transmissibles ; 5° l'administration sanitaire.

Les Accidents du Travail. *Guide du médecin,* par Georges BROUARDEL, médecin des hôpitaux de Paris, médecin-expert près le tribunal de la Seine. 2e *édition,* 1906. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart. . . . . **1 fr. 50**

Depuis la première édition de cet ouvrage, la loi sur les accidents du travail a subi des modifications qui ont nécessité une refonte complète de l'ouvrage. Cette loi nécessite, en nombre de cas, l'intervention du médecin ; il était donc utile de réunir en une sorte de guide, d'une part l'exposé même de la loi, et d'autre part l'étude des faits qui demandent une appréciation médicale.

Le Rhume des Foins, par le Dr Garel, médecin des hôpitaux de Lyon. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages, cart. 1 fr. 50

L'asthme des foins est une variété de la rhino-bronchite spasmodique.
L'asthme des foins dépend de trois facteurs principaux.
a) Terrain prédisposé ; *b*) muqueuse nasale douée d'un certain degré d'hyperexcitabilité réflexe ; *c*) un agent irritant extérieur, cause déterminante des accès.
Le traitement peut s'adresser aux trois facteurs.
Le traitement chirurgical est le seul qui donne des résultats positifs.

L'Odorat et ses Troubles, par le Dr Collet, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, médecin des hôpitaux. 1904. 1 vol. in-16 de 96 pages et fig., cart..... 1 fr. 50

L'odorat et les odeurs n'intéressaient que quelques naturalistes ou quelques médecins chercheurs : il n'en est plus de même aujourd'hui.
L'étude des organes des sens est toujours pleine d'attraits, à cause de la multiplicité des points de vue qu'elle découvre : le physiologiste, le psychologue, le neurologiste, le pathologiste, l'aliéniste y trouvent des problèmes. L'olfaction ne fait pas exception à cette règle.
Voici les principaux chapitres :
L'appareil nerveux de l'olfaction. — Les odeurs. — L'olfaction normale. — Mesure de l'odorat. — L'anosmie en général. — Classification des anosmies. — Hyperosmie et Parosmie. — Névrose de l'odorat. — Traitement.

Thérapeutique oculaire, *nouvelles médications, opérations nouvelles,* par le Dr F. Terrien, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Paris. 1899. 1 vol. in-16, 96 pages et 12 figures, cart..... 1 fr. 50

Parmi les médications nouvelles, l'auteur étudie les collyres huileux, les injections d'huile biiodurée dans la syphilis oculaire, le protargol, le bleu de méthylène, l'ichtyol et le traitement des blépharites sèches.
Les opérations nouvelles dont il donne le manuel opératoire, les indications et les résultats sont nombreuses :
Extraction des corps étrangers intra-oculaires. — Ablation de la glande lacrymale dans le larmoiement chronique. — Glaucome chronique simple. — Extraction totale de la cataracte secondaire. — Traitement de la myopie par l'extraction du cristallin transparent. — Manuel opératoire du strabisme. — Nouvelle opération du ptosis. — Opérations conservatrices.

La Fatigue oculaire et le Surmenage visuel, par le Dr Louis Dor, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon. 1900. 1 vol. in-16, 94 pages, cartonné. 1 fr. 50

Le traitement de la fatigue oculaire est le repos de l'organe de la vue ; mais il y aaussi un côté *thérapeutique*, qui consiste dans la correction des malformations congénitales ou acquises et dans la guérison des maladies prédisposantes, et un côté *prophylactique*, qui est l'entraînement par un exercice rationnel des fonctions affaiblies.

La Goutte et son traitement, par le Dr APERT, médecin des hôpitaux de Paris, 1902. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné ..... 1 fr. 50

Voici un aperçu des matières traitées :

I. L'accès de goutte. — II. Le tempérament goutteux. Symptômes de prédisposition goutteuse chez l'enfant. Croissance et puberté chez les prédisposés — III. Evolution de la goutte. Variété des attaques. Goutte monoarticulaire. Goutte polyarticulaire. Succession des attaques. Goutte chronique. — IV. Goutte abarticulaire. Goutte nerveuse. Goutte musculaire. Goutte viscérale. — V. Etiologie. Goutte saturnine. — VI. Traitement hygiénique. Régime. Exercices. — VII. Traitement hydrominéral. — VIII. Traitement prophylactique. — IX. Traitement de l'accès de goutte. — X. Traitement de la goutte chronique invétérée.

Le Diabète et son Traitement, par le Dr R. LÉPINE, professeur de clinique à la Faculté de Lyon, correspondant de l'Institut. 2e *édition*, 1905. 1 vol. in-16, 92 pages, cartonné..... 1 fr. 50

Les Complications du Diabète et leur traitement, par le Dr LÉPINE. 1906. 1 vol. in-16, 96 p., cartonné ..... 1 fr. 50

M. Lépine vient de résumer toutes les recherches nouvelles sur la pathogénie et surtout le traitement du diabète. L'auteur donne les résultats de sa pratique personnelle et de sa longue expérience.

Les Glycosuries non Diabétiques, par le Dr ROQUE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1899. 1 vol. in-16, 92 pages, cartonné..... 1 fr. 50

A côté des glycosuries passagères provoquées par un état morbide aigu, il y a des glycosuries durables qui ne doivent pas être confondues avec le diabète. Toutes ces glycosuries durables ont un caractère commun. Le but de M. Roque a été de montrer qu'à côté du diabète sucré, il y a les glycosuries, aussi distinctes de celui-ci que la polyurie simple peut l'être du diabète insipide. et dont il existe quatre variétés : 1° glycosurie intermittente des arthritiques (*glycosurie des jeunes sujets, glycosurie goutteuse de l'adulte, glycosurie des obèses, glycosurie azoturique*); 2° glycosuries digestives (par *alimentation sucrée*, par *troubles digestifs*); 3° glycosuries nerveuses ; 4° Glycosuries puerpérales.

Les Albuminuries curables, par le Dr TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon, corresp. de l'Académie de médecine. 2e *édition*, 1906. 1 vol. in-16, 96 p., cart. 1 fr. 50

A quoi peut-on reconnaître la curabilité d'une albuminurie ? Dans quelles conditions cette curabilité peut-elle s'obtenir et dans quelles limites est-on en droit de l'espérer ? Telles sont les questions que M. Teissier résout. Il passe en revue les albuminuries fonctionnelles ou organiques, c'est-à-dire sans lésion déterminée du rein, puis les albuminuries rénales.

Les albuminuries fonctionnelles comprennent : 1° les albuminuries intermittentes, des sujets en apparence bien portants ; 2° les albuminuries des adolescents ; 3° les albuminuries d'ordre digestif ou hépatique ; 4° les albuminuries névropathiques, notamment l'albuminurie orthostatique.

CORBEIL. Imprimerie ÉD. CRÉTÉ.

FORMULAIRES

Collection de vol. in-18 de 300 pages, cartonnés, à 3 fr. le volume.

Formulaire des Médicaments nouveaux, par H. Bocquillon-Limousin. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux, 17e *édition*, 1905. 1 vol. in-18 de 306 pages, cartonné..... 3 fr.

Formulaire des Alcaloïdes et des Glucosides, par H. Bocquillon-Limousin. Introduction par le professeur G. Hayem. 2e *édition*, 1899. 1 vol. in-18 de 318 pages, cart..... 3 fr.

Formulaire de l'Antisepsie et de la désinfection, par H. Bocquillon-Limousin. 3e *édition*, 1905. 1 vol. in-18, cart..... 3 fr

Formulaire des Médications nouvelles, par le Dr H. Gillet, 1905. 1 vol. in-18 de 280 p., avec fig. cart..... 3 fr.

Formulaire des Régimes alimentaires, par le Dr H. Gillet. 1 vol. in-18 de 300 pages, cart..... 3 fr.

Formulaire d'Hygiène infantile, individuelle et collective, par le Dr H. Gillet, 1898. 2 vol. in-18 de chacun 288 pages, avec 45 fig., cartonné, chaque..... 3 fr.

Formulaire de Thérapeutique infantile et de Posologie, par le Dr R. Focineau, préface du professeur Hutinel, 1901. 1 vol. in-18, 308 pages, cart..... 3 fr.

Formulaire des Spécialités pharmaceutiques, par le Dr Gautier et F. Renault. 1 vol. in-18 de 298 p., cart..... 3 fr.

Formulaire des Eaux minérales de la Balnéothérapie, par le Dr de la Harpe. 3e *édition*. 1 vol. in-18, 300 p. cart.. 3 fr.

Formulaire des Stations d'hiver, des Stations d'été et de climatothérapie, par le Dr de la Harpe. 2e *édition*. 1 vol. in-18 de 300 pages, cart..... 3 fr.

Formulaire dentaire, par le Dr Thomson. 1 vol. in-18, 288 p. 3 fr.

Formulaire du Massage, par le Dr Norstrom. 1 vol. in-18 de 268 pages, cart..... 3 fr.

Formulaire hypodermique et opothérapique, par le Dr E. Boisson et J. Mousnier. 1 vol. in-18 de 300 p. avec fig. cart.. 3 fr.

Formulaire des vétérinaires praticiens, par Paul Cagny. 6e *édition*, 1905. 1 vol. in-18 de 332 pages, cart..... 4 fr.

Formulaire du médecin de campagne. *Remèdes sous la main, petits moyens thérapeutiques*, par le Dr Gautier, ancien interne des hôpitaux, 1899. 1 vol. in-18, 300 pages, cart..... 3 fr.

Formulaire officinal et magistral international. 4e *édition*, par J. Jeannel. 1 vol. in-18 de 1044 pages, cart..... 3 fr.

Formulaire électrothérapique des Praticiens, par le Dr Régnier, 1899. 1 vol. in-18, 288 pages et fig., cart..... 3 fr.

Formulaire de l'Union Médicale, par le Dr Gallois, 4e *édition*. 1 vol. in-32 de 662 pages, cart..... 3 fr.

Formulaire d'Hydrothérapie, par le Dr O. Martin, 1900. 1 vol. in-18, 300 pages, cart..... 3 fr.

Guide d'Electrothérapie gynécologique, par le Dr Weil, 1900. 1 vol. in-18, 300 pages, cart..... 3 fr.

Guide pratique pour les Analyses de Chimie physiologique, par le Dr Martz, 1899. 1 vol. in-18, 300 p., cartonné. 3 fr.

Guide pratique pour les analyses de Bactériologie clinique, par L. Feltz, 1898. 1 vol. in-18 de 271 p., 104 fig. n. et col., cart. 3 fr.

Guide pratique d'Urologie clinique, par le Dr André, 1904. 1 vol. in-18, cart..... 3 fr.

Hématologie et Cytologie cliniques, par le Dr Lefas, 1904. 1 vol. in-18, 200 pages et pl. col., cart..... 3 fr.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Traité de Chirurgie

CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

PAR

A. LE DENTU
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Necker,
Membre de l'Académie de Médecine.

PIERRE DELBET
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

Avec la collaboration de MM. :

ALBARRAN, ARROU, BINAUD, BRODIER, CAHIER, CASTEX, CHIPAULT, FAURE, GANGOLPHE, GUINARD, JABOULAY, LEGUEU, LUBET-BARBON, LYOT, MAUCLAIRE, MORESTIN, NIMIER, PICHEVIN, RICARD, RIEFFEL, SCHWARTZ, SEBILEAU, SOULIGOUX, TERSON, VILLAR.

10 volumes in-8 de 900 pages chacun illustrés de figures

Prix de chaque volume : **12** fr.

Le *tome X*, publié en *2 parties*, est seul du prix de **17** *francs*.

EN VENTE :

TOME I. — *Pathologie générale chirurgicale, Néoplasmes, Appareil tégumentaire.* — TOME II. — *Maladies du squelette, fractures, maladies inflammatoires, tumeurs des os.* — TOME III. — *Maladies des articulations et de l'appareil musculaire.* — TOME IV. — *Maladies des nerfs, des artères, des veines, des lymphatiques, du crâne et du rocher.* — TOME V. — *Maladies des yeux, des oreilles, des fosses nasales et des mâchoires.* — TOME VI. — *Maladies de la face, de la bouche, de l'œsophage, du larynx, du cou, de la poitrine.* — TOME VII. — *Maladies des mamelles et de l'abdomen. Hernies.*

TOME VIII. — *Maladies du mésentère, du pancréas, de la rate, du foie, du rectum et de l'anus, des reins et des uretères.*

TOME IX. — *Maladies de la vessie, de l'urètre, de la prostate et des organes génitaux de l'homme.*

TOME X. — *Maladies du testicule.* — *Maladies de la vulve, du vagin, de l'utérus et des annexes.* — *Maladies des membres.*

Ouvrage complet, 9 455 pages — 1 783 figures.

10 volumes in-8 de 900 à 1 000 pages, illustrés de figures : **125** fr.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Nouveau
Traité de Médecine
et de Thérapeutique

Publié en fascicules sous la direction de

P. BROUARDEL
Membre de l'Institut,
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

A. GILBERT
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Broussais.

Avec la collaboration de MM. :

ACHARD, AUCHÉ, BABONNEIX, BALLET, BALZER, BARBIER, BARTH, L. BERNARD, BEZANÇON, BOINET, BOULLOCHE, BOURNEVILLE, BRISSAUD, CARNOT, CARTAZ, CASTEX, CHAUFFARD, CLAISSE, CLAUDE, COURMONT, DEJERINE, DESCHAMPS, DUPRÉ, FOURNIER, GALLIARD, GALLOIS, GARNIER, GASNE, GAUCHER, GOUGET, GRANCHER, GRASSET, GUIART, L. GUINON, HALLOPEAU, HAYEM, HUDELO, HUTINEL, JACQUET, JEANSELME, KLIPPEL, LABBÉ, LAMY, LANCEREAUX, LANDOUZY, LANNOIS, LAUNOIS, LAVERAN, LE NOIR, LETULLE, LEVI, LION, MARFAN, MARIE, MARINESCO, MENETRIER, MERKLEN, MÉRY, MOSNY, NETTER, PARMENTIER, PITRES, RAUTIER, RAYMOND, RICHARDIÈRE, ROGER, ROQUE, SAINTON, SÉRIEUX, SICARD, SIREDEY, SURMONT, TEISSIER, THOINOT, THOMAS, TRIBOULET, VAILLARD, VAQUEZ, WIDAL, WURTZ.

DIVISION EN FASCICULES

1. *Maladies microbiennes en général* (232 p. et 54 fig.). 4 fr.
2. *Fièvres éruptives* (255 p. et 8 fig.)..... 4 fr.
3. *Fièvre typhoïde* (240 p., 16 fig.) 4 fr.
4. *Maladies communes à l'Homme et aux Animaux.*
5. *Paludisme et Trypanosomiase* (128 p. et 13 fig.)... 2 50
6. *Maladies exotiques* (430 p. et fig.)..... 8 fr.
7. *Maladies vénériennes.*
8. *Rhumatismes et Pseudo-Rhumatismes* (164 p. et 18 fig.) 3 50
9. *Grippe, Coqueluche, Oreillons, Diphtérie.* (172 p. et 6 fig.).... 3 50
10. *Streptococcie, Staphylococcie, Pneumococcie, Colibacillose, etc.*
11. *Intoxications.*
12. *Maladies de la Nutrition* (diabète, goutte, obésité).
13. *Cancer.*
14. *Maladies de la Peau.*
15. *Maladies de la Bouche, du Pharynx et de l'Œsophage.*
16. *Maladies de l'Estomac.*
17. *Maladies de l'Intestin.*
18. *Maladies du Péritoine*
19. *Maladies du Foie et de la Rate.*
20. *Maladies du Pancréas.*
21. *Maladies des Reins.*
22. *Maladies des Organes génito-urinaires.*
23. *Maladies du Cœur.*
24. *Maladies des Artères et de l'Aorte.*
25. *Maladies des Veines et des Lymphatiques.*
26. *Maladies du Sang.*
27. *Maladies du Nez et du Larynx.*
28. *Sémiologie de l'Appareil respiratoire.*
29. *Maladies de l'Appareil respiratoire.*
30. *Maladies des Plèvres et du Médiastin.*
31. *Sémiologie de l'Axe cérébro-spinal.*
32. *Maladies du Cerveau.*
33. *Maladies de l'isthme de l'Encéphale.*
34. *Maladies des Méninges.*
35. *Maladies de la Moelle épinière.*
36. *Maladies des Nerfs périphériques.*
37. *Névroses.*
38. *Maladies des Muscles*
39. *Maladies des Os.*
40. *Maladies du Corps thyroïde, du Corps pituitaire et des Capsules surrénales.*

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE

J.B.F.&B.